



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**APLICACIÓN DE TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN UN CASO
CLÍNICO**

ALVIS ROJAS PACHECO, Marcos Esteban

SAN JUAN

2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**APLICACIÓN DE TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN UN CASO
CLÍNICO**

ALVIS ROJAS PACHECO, Marcos Esteban

SAN JUAN

2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**APLICACIÓN DE TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN UN CASO
CLÍNICO**

Trabajo Integrador Final

Área: Psicología Clínica

AUTOR: ALVIS ROJAS PACHECO, Marcos Esteban

DIRECTORA: Mg. Sonia Giménes

TUTORA ACADMÉMICA: Mg. Marisa Zalazar

SAN JUAN

2025

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I	
1.1 Una mirada hacia las emociones.....	10
1.2 Componentes de las emociones.....	12
1.3 Funciones de las emociones.....	13
1.4 Tarea de las emociones.....	14
1.5 Las emociones básicas.....	15
1.6 Reseña histórica sobre la esquizofrenia.....	18
1.7 Definición de la esquizofrenia según el DSM V.....	20
1.8 Definición de la esquizofrenia desde la cognitivo-conductual.....	24
1.9 Terapia Cognitivo conductual.....	26
1.10 Terapia Cognitivo-conductual en la esquizofrenia.....	28
1.11 Habilidades sociales.....	30
1.12 Componentes de las habilidades sociales.....	34
1.13 Clases de respuesta.....	39
1.14 Terapia de solución de problemas.....	40
1.15 Breve historia de la terapia de solución de problemas.....	41
1.16 Definición de los constructos.....	43

1.17	Objetivos del tratamiento.....	47
1.18	El terapeuta de solución de problemas y la relación paciente terapeuta.....	48
1.19	Sobre el centro de día.....	50

CAPÍTULO II

2.1	Materiales y métodos.....	52
2.2	Técnicas de recolección de información.....	52
2.3	Técnicas de intervención.....	53
2.4	Acercamiento a la institución.....	54
2.5	Acerca de la institución	54
2.6	El desarrollo.....	57
2.7	Descripción del paciente.....	58
2.8	Encuentros.....	60
2.8.1	Primer encuentro: “Hablemos de emociones”	61
2.8.2	Segundo encuentro: “Exprésate”	62
2.8.3	Tercer encuentro: “Un cierre intenso”	63

CAPÍTULO III

3.1	Resultados.....	64
3.1.1	Resultados del Primer encuentro: “Hablemos de emociones”	64

3.1.2 Resultados del segundo encuentro: “Exprésate”	66
---	----

Entre medio de los encuentros.....	68
------------------------------------	----

3.1.3 Resultados del tercer encuentro: “Un cierre intenso”	69
--	----

CAPÍTULO IV

4.1 Discusión.....	72
--------------------	----

4.2 Conclusiones generales.....	73
---------------------------------	----

4.3 Respecto a las prácticas profesionales supervisadas.....	75
--	----

4.4 Propuestas.....	77
---------------------	----

Referencias.....	79
------------------	----

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF) se enmarca en el Programa de Prácticas Profesionales Supervisadas de la carrera de Licenciatura en Psicología, perteneciente a la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Católica de Cuyo. El mismo tiene como finalidad la conclusión del ciclo universitario correspondiente a dicha licenciatura. Las prácticas se desarrollan en el área de Psicología Clínica, bajo la dirección de la Mg. Sonia Giménez y con la tutoría académica de la Mg. Marisa Zalazar. Las actividades prácticas se llevan a cabo en el Centro de Día Hibou, ubicado en la provincia de San Juan, bajo la tutoría de campo del Lic. Leonardo Rodríguez.

La institución ofrece dos modalidades de abordaje y contención terapéutica: Centro de Día y Residencia. La práctica se realiza en la modalidad de Centro de Día, completando un total de 150 horas distribuidas en turno mañana, durante los meses de enero, febrero y marzo. Esta modalidad está dirigida a personas jóvenes y adultas con diagnóstico de psicosis estabilizada, y cuenta con la supervisión de distintos talleristas, organizados en duplas a cargo de cada taller.

El interés por la temática surge a partir de la experiencia práctica, al reconocer la dinámica institucional, su estructura y las actividades que allí se desarrollan. En este contexto, se identifica una problemática particular en uno de los pacientes, lo que motiva la elección del presente trabajo, orientado a explorar los efectos de una intervención basada en la terapia de resolución de problemas en un paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

A partir de dicha problemática, se define como

Objetivo general:

- Mejorar el reconocimiento emocional y fortalecer las habilidades sociales en un paciente con esquizofrenia, mediante estrategias de intervención psicoeducativas a partir del enfoque de la terapia cognitivo-conductual, desde una mirada de resolución de problemas.

Asimismo, se plantearon los siguientes

Objetivos específicos:

- Identificar las dificultades en el reconocimiento de las emociones en el paciente con esquizofrenia.
- Identificar las dificultades en habilidades sociales en el paciente con esquizofrenia.
- Diseñar una intervención psicoeducativa orientada a mejorar la expresión, percepción y regulación emocional y de las habilidades sociales en este paciente.
- Intervenir con estrategias terapéuticas para la mejora de la identificación de las emociones y de las habilidades sociales.
- Evaluar el impacto de la intervención en la mejora de las habilidades sociales y el reconocimiento emocional.

El caso de estudio corresponde a un paciente de 48 años (en adelante, “M”), quien se destaca por su adecuada participación en los talleres y su buena relación con la mayoría de los concurrentes. Sin embargo, se observan dificultades en su vínculo con algunas personas,

especialmente con mujeres, a quienes tiende a ignorar o dirigir comentarios despectivos, de forma directa o indirecta. Estas actitudes generan malestar en las destinatarias. A su vez, M presenta dificultades para verbalizar las emociones que experimenta en distintas situaciones, utilizando de forma generalizada la palabra “emoción” sin discriminar la naturaleza del sentimiento implicado.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Una mirada hacia las emociones

Para Cornelius (1996), las emociones son fenómenos complejos y multifacéticos que se han definido de diversas maneras. La variedad de escenarios, situaciones y agentes que aparece en los múltiples intentos de abordaje emocional ha otorgado un carácter de incertidumbre, por lo que la respuesta a la pregunta sobre que es una emoción varía radicalmente. (Citado en Pacheco, Laura, 2011, P. 3).

Chóliz Mariano (2005) establece que la emoción es una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Para entender a la emoción es conveniente atender a dichas dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que puede aparecer asincronía entre las tres dimensiones. Además, el autor plantea que cada una de las dimensiones puede adquirir especial relevancia en una emoción concreta, una persona o en una situación determinada.

Pérez González (2017), plantea que “en la etimología de la palabra “emoción” se encuentra el verbo “mover”, puesto que en el fondo las emociones son movimientos que nos llevan a expandirnos o a replegarnos” (P.14).

Además, la autora afirma “todas las emociones son igual de necesarias”.

Sobre lo escrito en el párrafo anterior, la autora hace referencia a como las emociones funcionan en un sentido de expansión y contracción, donde a partir de este

funcionamiento, es la manera en que cada persona va alimentando, dándole vida al cuerpo emocional.

A su vez, Pérez González (2017) comenta lo siguiente: “las emociones son regalos porque en el fondo encierran grandes oportunidades para crecer. Si las sabemos escuchar, nos dan mucha información relevante para nosotros en un momento concreto” (P. 14).

Afirmando de esta manera en que las emociones son importantes por el hecho de que, a partir de las situaciones concretas, nos aportan información sobre lo que está ocurriendo y, por lo tanto, da lugar a una movilización de energía. A partir de lo expresado, se puede afirmar que no hay emociones buenas y malas, sin embargo, es la sociedad la que ha dado lugar a la estigmatización.

A las emociones las podemos entender como el motor que impulsa nuestro accionar. Aranda Isabel (2010), afirma que:

“Las emociones son estrategias automáticas de respuesta ante las situaciones que vivimos. Están codificadas en nuestros genes y disponibles para reaccionar. Las emociones están desde el origen de todo lo que hacemos, están en el origen de nuestros valores, creencias, juicios, decisiones, afectos, en definitiva, de cómo vivimos. Su papel es precisamente mover a la acción” (P.98).

También, Aranda Isabel (2010) plantea:

“La emoción se compone de tres elementos: un conjunto de reacciones fisiológicas; una sensación subjetiva, un sentimiento y una determinada predisposición a la acción. Las emociones son estrategias muy diferentes que mejoran nuestra capacidad de sobrevivir y actúan desde la información que percibimos inconscientemente.” (P.98).

En relación al párrafo anterior, Fernández y Jiménez (2011) establecen que “la emoción es un proceso psicológico que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno. Su función principal es la adaptación” (P.17).

A partir de las diferentes definiciones y planteamientos, escritos en párrafos anteriores, se tomará entonces, a la emoción como un proceso psicológico complejo, que viene codificado en nuestra genética y que nos permite adaptarnos a las diversas exigencias que nos depara el contexto, en el cuál vivimos.

1.2 Componentes de las emociones

Fernández y Jiménez, tomando en cuenta a diversos autores, confirman lo siguiente:

“Para hacer una aproximación al estudio de la psicología de la emoción, nos encontramos con cuatro elementos, esenciales para entenderla”.

Con respecto al primero de los elementos, Cacciopo y Gardner (1999), Ekman y Rosenberg (1997), Levenson, Ekman, Heider y Friesen (1992), establecen que es la presencia en las emociones de cambios fisiológicos. Cada emoción parece tener su propio modo de reacción fisiológica, puede incluir cambios en el sistema nervioso autónomo, en el sistema nervioso central y en la secreción hormonal (Citado en Fernández y Jiménez, 2011).

Lazarus (1991) plantea un segundo conjunto de variables, la “tendencia a la acción” o afrontamiento, incluye acciones como la agresión, la evitación, la curiosidad o la adopción de una determinada postura corporal, lo que sugiere un tipo de respuesta concreta de afrontamiento.

Los autores afirman que una de las funciones principales de las emociones es el dar una respuesta a las situaciones del entorno que nos son emocionalmente importantes (Citado en Fernández y Jiménez, 2011).

Al respecto, Vallerand y Blanchard (2000), establecen un tercer elemento, se asocia a la experiencia subjetiva de la emoción o sentimiento, es decir, a lo que la gente experimenta cuando se sienten irritado, ansioso u orgulloso. Según Smith (1998) se trata de las señales de aviso que las emociones hacen conscientes para reclamar nuestra atención (Citados en Fernández y Jiménez, 2011).

Ortony, Clore y Collins (1988) plantean el cuarto elemento, el cual, se trata de como las emociones se producen a través de procesos cognitivos, y que, por lo tanto, van a depender de la interpretación que cada persona haga de los distintos análisis (citado en Fernández y Jiménez, 2011).

1.3 Funciones de las emociones

Otro punto sobre las emociones, son las funciones que cumplen. Según Reeve (1994), nos encontramos con tres funciones:

La función adaptativa, sirve para facilitar la conducta apropiada a cada situación. Siendo la función más importante, al preparar al organismo para que ejecute eficazmente una conducta exigida por las condiciones ambientales. Para poder movilizar la energía necesaria, estaría implicadas las emociones primarias, siendo estas: alegría, asco, sorpresa, miedo, ira y tristeza, las cuales se harán referencia más adelante.

La función social comunica nuestro estado de ánimo. Y, por último, la función motivacional, facilitan las conductas motivadas.

1.4 Tareas de las emociones

Stemler (2003) se refiere a que las emociones cumplen con una serie de tareas:

- Codifican las condiciones estímulares como positivas o negativas.
- La de interrumpir las cogniciones y el comportamiento en curso, refocalizando la atención.
- La de escudriñar la memoria emocional, para localizar contingencia estímulo-respuesta aprendidas y probadas como exitosas en el pasado.
- La de influenciar tendencias de respuesta comportamental hacia una disposición motivacional particular como la aproximación o la evitación.
- La de involucrar procesos explícitos e implícitos para la evaluación de estímulos, el ambiente y la memoria, así como los procesos implícitos de valoración.
- La de preparar clases de comportamiento, como la defensa, el abatimiento o el ataque.
- La de poner las intenciones de uno en conocimiento de los demás, tanto oralmente como a través de la postura, el color de la piel, la expresión facial, etc.
- La de responder con extrema rapidez para contrarrestar amenazas de lesiones o integridad del organismo, es decir protegiendo al cuerpo. (Citado en Fernández y Jiménez, 2011).

En conclusión, Fernández y Jiménez (2011), consideran que las emociones funcionan como programas de orden superior o módulos de la mente, que son responsables de ajustar prioridades de procesamiento y de respuesta.

1.5 Las emociones básicas

Zentner Jorge (2014), plantea que las cuatro emociones básicas son miedo, rabia, alegría y tristeza, las considera básicas, por tratarse de vivencias internas comunes a personas de muy distintas épocas, lugares y culturas, pero también porque desempeñan un papel protagónico en el desarrollo psíquico de todo individuo.

En relación al párrafo anterior, Zentner (2014) afirma que el miedo la rabia, la alegría y la tristeza son cuatro calidades diferentes de energía, todas ellas perfectamente reconocibles en el cuerpo, y que poseen funciones distintas, específicas.

A continuación, se hablará de cada una de las emociones mencionadas recientemente desde el punto de vista de González Pérez (2013):

El miedo: emoción primaria y angustiosa, provocada por la percepción de un peligro, ya sea real o producto de la imaginación tanto presente como futuro. Es la emoción más básica y la primera que sentimos al nacer, cuando, del vientre materno, pasamos a un mundo amenazante y potencialmente peligroso. La principal función del miedo es la protección y por ello, cuando sentimos que una situación es amenazante, el cuerpo se prepara para sobrevivir: la frecuencia cardíaca aumenta, la respiración se vuelve jadeo, el vello se eriza, etc. Sin embargo, estas respuestas físicas se desencadenan cuando existe un miedo psicológico, es decir, un miedo a un peligro que no es inminente ni concreto. El miedo psicológico ni siquiera se enfrenta a un miedo real porque se sitúa en el campo de lo posible. Tan solo es algo que podría pasar, que nuestra mente

sitúa como una realidad del futuro. Si este miedo no se controla y nos dejamos llevar por angustias injustificadas, se puede vivir en un estado constante de ansiedad. Esto puede provocar enfermedad o problemas mentales.

La rabia: es la emoción que mueve a destruir los obstáculos y defender lo justo. Surge cuando algún espacio que se considera importante ha sido violado, ya sea por otra persona o por uno mismo. También conocido como el enojo, ayuda a marcar el territorio de uno mismo, a poner límites a los demás, a pedir algo que es importante o a decir no. Necesita una descarga que suelte físicamente la tensión hacia afuera y por eso, da el motivo para gritar, golpear o dar patadas. De las emociones, es la más peligrosa potencialmente. Se puede manifestar en distintas intensidades. Esta emoción era beneficiosa para nuestros antepasados, aunque actualmente, el cuerpo se ha acostumbrado a recibir constantemente descarga de adrenalina por causas menos amenazantes. El resultado de esto, puede ser un estrés crónico, que puede desencadenar en numerosas enfermedades. Esta tensión suele ocurrir, por el hecho de no dar lugar a la expresión de esta emoción, dejando que la adrenalina se acumule dentro de cada uno. Puede convertirse en resentimiento y rencor cuando se dirige el enfado a uno mismo. Bien gestionada esta emoción, se pueden construir relaciones sanas y asertivas.

La tristeza: es la emoción que ayuda a desprenderse de aquello que se tuvo y se perdió. Se suele tratar de evitarla porque causa sensación de desasosiego y vacío, se suele sentir decaimiento, desmotivación y se experimenta dolor. Sin embargo, esta emoción, lleva a la persona a conectarse consigo misma, a mirar su interior, y dejando a un lado lo que sucede en el exterior, se suele dar ese espacio necesario para asimilar lo que ha ocurrido y adaptarse a la nueva realidad. Se puede sentir dolor en el pecho o en el corazón y la sensación de respirar con dificultad. El impacto que deja en el cuerpo, es tan fuerte, que, si se la deja estar más tiempo del necesario, se puede convertir

en un problema. Si se envuelve en esta emoción, puede convertirse en depresión. Las causas que provocan la tristeza pueden ser externas, algo que ocurrió en la vida de la persona; pero también puede nacer del interior, cuando la persona tiene sensación de vacío interior e insatisfacción.

La alegría: es la emoción más aceptada socialmente y la más buscada personalmente por el placer que produce. Es una emoción que se caracteriza por la excitación, activando al cuerpo para acercarlo al otro y a lo de afuera. Busca generalmente disfrutar, compartir y celebrar con los demás. Cuando se sitúa en el nivel de la mente, la alegría nos lleva a conocer, a satisfacer la curiosidad intelectual, a explorar el mundo y compartir los descubrimientos. Cuando se sitúa en la zona del pecho-corazón, esta energía induce a la amabilidad con el otro, a la empatía, a la ayuda y al abrazo. Y cuando se sitúa en la zona erógena, mueve al erotismo y a compartir la intimidad sexual con el otro. La alegría tiene que ver, con verse aceptado por cómo uno mismo es y sentirse valioso uno mismo en su singularidad. Surge al dar y al recibir afecto de los demás, al sentirse respetados, reconocidos y apreciados, al establecer vínculos con otras personas, al lograr metas propuestas. Mueve a la persona a disfrutar de la vida e impulsa a crear. Sin embargo, no hay que confundir alegría con felicidad. La primera, es una emoción y como tal, es transitoria y tiene una función de apertura y acercamiento al otro. La felicidad, es un estado de realización y plenitud, es una decisión, independiente de los dolores y las preocupaciones que se tengan. Esta emoción suele manifestarse físicamente con la sonrisa, aunque no siempre se puede deducir el estado de ánimo de otra persona, a partir, de esta expresión facial. Por otro lado, la alegría puede convertirse en euforia, la cual, mantenida por mucho tiempo, no permite ver al otro ni tenerlo en cuenta.

1.6 Reseña histórica sobre la esquizofrenia

Desde un punto de vista etimológico, Padín (2012) trata de establecer el concepto de esta patología, la cual viene del griego esquizo (escindir) y frenia (mente). Por lo que podemos resaltar

que la palabra esquizofrenia significa “mente escindida”. Además, es importante agregar que esta escisión que sufre el sujeto es en relación a la realidad. Ligado a esto, el sujeto no tiene un apego fuerte a la realidad y vive acorde a lo que experimenta.

El concepto de esquizofrenia ha sufrido cambios a lo largo del tiempo. Las primeras raíces del concepto se hallan en Morel, que fue el primero en acuñar el concepto de “demencia precoz”, para referirse a un trastorno cuyos síntomas tienen que ver con un deterioro de la vida social en la adolescencia y cursan con alteraciones de la realidad (Padín, 2012).

Por otro lado, Kraepelin en 1896, toma el término de demencia precoz y hace una descripción: inicio temprano, evolución hasta el deterioro y ausencia de psicosis maníaco-depresiva. En esta demencia, existen tres grupos: paranoide, catatónica y hebefrénica. (Padín, 2012)

En 1911 Bleuler acuñe el término “esquizofrenia”. Surgió este concepto dado que el término demencia precoz era en cierto aspecto inexacto. (Padín, 2012).

Novella y Huertas (2011) afirman lo siguiente:

Para Bleuler, lo medular del cuadro clínico, no se centraba en el delirio y los fenómenos alucinatorios. Los síntomas fundamentales que observó incluían trastornos de las asociaciones, ambivalencia y autismo. El trastorno asociativo supone que los pacientes operan con ideas y conceptos que no guardan relación, produciendo de esa manera asociaciones ilógicas, incoherentes, sin sentido. (Citado en Varela, María Fernanda, 2022).

Bleuler, con el fin de comprender la enfermedad, propuso dividir los síntomas, y así, propone, por un lado, los que surgen del proceso patológico, síntomas primarios, separándolos de

los denominados secundarios, que únicamente operan cuando la psique enferma (Valera, María Fernanda, 2022).

Por último, quien se destacó en precisar los signos y los síntomas de la esquizofrenia, fue Kurt Schneider en 1959, quien intenta superar la diversidad de conceptos sobre la enfermedad, definiéndola en términos exclusivamente sintomatológicos (Valera, María Fernanda, 2022).

Con respecto a las causas que originan la esquizofrenia, el instituto nacional de Salud Mental de Estados Unidos (2024), plantea varios factores que pueden causar dicha patología, entre ello:

- a) Genes: A veces la esquizofrenia es hereditaria. Sin embargo, solo porque alguien en una familia tiene esquizofrenia, no significa que otros miembros de esta también la tendrán. Hay muchos estudios que sugieren que hay muchos genes diferentes que pueden aumentar la probabilidad de que una persona llegue a tener esquizofrenia, pero ningún gen lo causa por sí solo.
- b) Ambiente: las investigaciones sugieren que una combinación de factores genéticos, aspectos del entorno y las experiencias de la vida de una persona pueden desempeñar una función en el desarrollo de la esquizofrenia. Estos factores ambientales pueden incluir vivir en situación de pobreza, estímulos estresantes o peligrosos y, exposición a virus o problemas nutricionales antes del nacimiento.
- c) Estructura y función del cerebro: Hay investigaciones que muestran que es más probable que las personas con esquizofrenia tengan diferencias sutiles en el tamaño de ciertas áreas del cerebro y en las conexiones entre las áreas que lo conforman. Algunas de estas diferencias cerebrales pueden desarrollarse antes del nacimiento.

Al hablar de esquizofrenia Padín (2012) toma al DSM IV para diferenciar los tipos de esquizofrenia:

- a) Paranoide: hay abundancia de idea/s delirante/s y/o alucinaciones auditivas. El resto de sintomatología no es tan abundante.
- b) Catatónica: bastante sintomatología negativa (catalepsia, negativismo, mutismo) u otros como ecolalia o ecopraxia.
- c) Desorganizada: predomina un repertorio de conductas caóticas y una afectividad plana. No sabe cómo actuar de forma adecuada en el mundo que le rodea.
- d) Indiferenciada: “cajón de sastre” reservado para aquellas esquizofrenias que no entran en ninguna de las tres categorías mencionadas anteriormente.
- e) Residual: ausencia de sintomatología de las esquizofrenias descritas antes, o su aparición de forma tenue.

1.7 Definición de la esquizofrenia según el DSM V

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2024), la esquizofrenia es una enfermedad grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante para ellos, sus familiares y sus amigos. Los síntomas de la esquizofrenia pueden dificultar la participación en las actividades cotidianas o habituales.

El criterio diagnóstico del DSM V, en el cuál plantea los siguientes criterios:

- A) Tener presente al menos dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito), al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

- 1) Delirios.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Discurso desorganizado (p.ej. disgregación o incoherencia frecuente).
- 4) Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- 5) Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B) Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel del funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C) Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito), que cumplan el criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el criterio A presentes de forma atenuada (p.ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D) Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastornos depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores en forma concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de la fase activa,

han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga o medicamento), o a otra afección médica.

F) Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar sí:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evaluación diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: la primera manifestación del trastorno cumple con los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: remisión parcial, es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno solo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: remisión total, es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía

Especificar la gravedad actual: La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave).

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

1.8 Definición de la esquizofrenia desde la perspectiva cognitivo-conductual

Caballo Vicente (2007), plantea que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. Aparece normalmente al final de la

adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y suele tener un curso episódico, interrumpido por exacerbaciones de los síntomas que requieren hospitalizaciones breves.

A la esquizofrenia, para poder comprenderla de un modo más sencillo, se la dividirá en dos grupos: los síntomas positivos (cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que están presentes en la persona con esta patología). Y, los síntomas negativos, se refieren a la ausencia o disminución de las cogniciones, emociones o conductas que normalmente están presentes en las personas sin dicha patología (Caballo Vicente L, 2007).

El instituto nacional de salud mental de Estados Unidos divide a los síntomas de la esquizofrenia en tres categorías:

Síntomas psicóticos, influyen en la manera en que la persona percibe, piensa y siente al mundo, lo que puede generar percepciones y pensamientos distorsionados. A su vez, este tipo de síntomas se estabilizan en el tiempo. Además, estos síntomas pueden ser 1) alucinaciones, entendiéndolas como la manera en que la persona percibe a través de los diferentes sentidos cosas que no son reales. 2) Delirios, creencias fuertemente establecidas por la persona, las cuales no son objetivamente ciertas y pueden parecer irracionales a las demás personas.

3) Trastorno del pensamiento, cuando la persona piensa de una manera ilógica. Las personas que sufren de este trastorno tienden a tener problemas para organizar sus pensamientos y el habla.

Otro de los síntomas que menciona el instituto son los síntomas negativos, los cuales tienen que ver con ausencia, pérdida del interés, del disfrute de las actividades de la vida cotidiana, como también dificultad para mostrar emociones.

Y el último de la categoría de los síntomas, son los síntomas cognitivos, en los cuales se pueden encontrar problemas de atención, concentración y memoria, esto influye en la dificultad para mantener conversaciones, aprender cosas nuevas, etc. (Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, 2007).

Otro punto de vista, es el que presenta Morales; Fresán; Robles y Domínguez (2017) “establecen que hay tres grupos de síntomas: los síntomas positivos - resultado de procesos mentales anormales (alucinaciones y delirios)- los síntomas negativos – disminución/ausencia de funcionamiento mental normal (aplanamiento afectivo, aislamiento, disminución de la motivación o energía)- y los síntomas desorganizados, relativos a la desorganización del pensamiento, lenguaje o comportamiento (descarrilamiento, “ensalada” de palabras, lentitud psicomotriz, movimientos o gestos rítmicos y repetitivos)”. (Citado en Barceló Martina, 2019, P. 3).

Keegan E., Garay C.J. (2007), plantean que los modelos cognitivo-conductuales postulan que la tendencia a formar creencias anómalas puede ser un factor crucial en la generación de experiencias psicóticas. Estas creencias, junto con la ansiedad y un ánimo decaído que suelen generar, pueden empujar a los pacientes a un estado psicótico. La exploración de los antecedentes y la explicación que los pacientes dan de su experiencia pueden darnos pistas sobre el origen de los síntomas.

“A la esquizofrenia la podemos entender como una desregulación de los procesos cognitivos básicos que se manifiesta en distorsiones del pensamiento, interpretación errónea de la realidad, y un sistema de creencias disfuncionales mantenido por sesgos cognitivos. Estas creencias no surgen del vacío, sino que son construidas a partir de experiencias traumáticas, relaciones tempranas adversas y déficits neurocognitivos” (Beck, Rector, 2005).

Complementando a lo escrito en el párrafo anterior, la esquizofrenia se considera un trastorno en el cual el individuo interpreta la realidad de forma distorsionada debido a un mal procesamiento de la información interna y externa. Esto conduce a la aparición de síntomas positivos (como alucinaciones y delirios) y negativos (como anhedonia o retraimiento social), reforzados por esquemas cognitivos disfuncionales (Beck, Rector, 2005).

La visión de los autores citados, en el párrafo anterior, parte de un enfoque diatésico-cognitivo, donde la esquizofrenia emerge de la interacción entre una vulnerabilidad biológica y factores psicológicos, incluyendo el estrés psicosocial y estilos de pensamiento desadaptativos. Esto hace que los síntomas no sean simplemente producto de un “déficit químico”, sino de un sistema de pensamiento alterado que puede ser trabajado terapéuticamente (Beck, Rector, 2005).

1.9 Terapia cognitivo conductual

El Centro de TCC y Ciencias del Comportamiento de Buenos Aires (2013), establece que la Terapia Cognitivo Conductual es, en primer lugar, una forma de tratamiento psicológico que se organiza en 3 fases: evaluación, tratamiento y seguimiento. (Citado en Tropea Lucía, 2018).

Durante la primera, la evaluación psicológica, se ocupa de conocer al paciente y entender los problemas por los que consulta para llegar a un posible diagnóstico, de esta manera el paciente empieza a conocer a su problema y dar su punto de vista. Es importante que paciente y terapeuta charlen y acuerden cuáles son los objetivos del tratamiento y poner las prioridades en los mismos.

La segunda etapa es la más larga, el tratamiento propiamente dicho. Aquí es cuando se aplican las técnicas dirigidas a lograr el cambio que beneficia al paciente, tratando de alcanzar los logros que se plantearon en la primera etapa. Las técnicas que se aplican varían según el problema, el paciente y el momento que esté atravesando.

Y, por último, el seguimiento, se van espaciando la frecuencia de las consultas mientras se aplican procedimientos orientados a mantener los cambios y prevenir las recaídas. Cuando los objetivos se lograron, y el cambio se consolidó, se le da el alta al paciente.

Además, dicha autora, plantea lo siguiente, el terapeuta cognitivo conductual es activo, es decir, pregunta, contesta, sugiere, explica. Además, posee conocimientos científicos sobre qué hacer para aliviar el padecimiento, y por tal motivo, los aplica con el paciente que se lo está pidiendo. Los diálogos entre el paciente y el terapeuta están guiados por objetivos prácticos y a través de enseñanzas de un conjunto de ejercicios que lo van a ayudar a manejar y resolver los problemas.

A su vez, la duración del tratamiento depende de muchos factores, pero principalmente de dos. Primero, el diagnóstico, pues hay problemas cuya solución es más rápida y sencilla. Segundo, el compromiso del paciente; cuanto más se dedique el paciente, más rápidamente se logran los objetivos.

Hernández (2007), plantea que la psicoterapia cognitivo-conductual consiste en una serie de terapias que incorporan, en su filosofía de salud mental e intervenciones, procedimientos tanto conductuales como cognitivos, los primeros pretendiendo modificar la conducta mediante intervenciones directas, y los segundos intentando modificar esa conducta por medio de la modificación de la evaluación y de las pautas automáticas del pensamiento. Se basa en el principio de aprendizaje; esto es, que un aprendizaje anterior ha llevado una conducta determinada, siendo esta desadaptativa para el momento y la cuestión que se vive o para el contexto en el cual se encuentra la persona. Así, se le enseña al sujeto a reaprender nuevas formas de respuesta ante la situación apremiante o a disminuir el malestar o la conducta no deseada, guiándolo hacia la adquisición de conductas más adaptativas (Citado en Hernández y Sánchez, 2007).

1.10 Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia

La necesidad de un enfoque psicoterapéutico en la esquizofrenia está presente desde hace más de 100 años, con el comienzo de la psicoterapia de la psicosis, con el trabajo de Bleuler, Jung, etc. (García Cabeza, 2008).

La esquizofrenia es una enfermedad que provoca un gran deterioro en diversas áreas de la vida como lo social, lo laboral, lo afectivo etc. Por otro lado, la aparición de los antipsicóticos contribuyó al tratamiento y al control de los síntomas de dicha enfermedad, facilitando la adaptación de la persona a su medio.

Sin embargo, Muñoz y Ruiz (2007), afirman que el 40% de los pacientes tratados con antipsicóticos puede persistir los síntomas positivos de moderados a graves. Además, este tratamiento no ha demostrado una mejora en la adaptación social y laboral de la persona con esquizofrenia. Por estas razones, estos autores, plantean la necesidad de explorar psicoterapias que sirvan de complemento a la farmacoterapia.

Muñoz y Ruiz (2007), establecen que la terapia cognitivo conductual ha sido empleada con estos fines. En especial, se ha utilizado para manejar síntomas positivos y negativos que persisten a pesar del tratamiento farmacológico.

Por lo que la finalidad de la terapia cognitivo-conductual con esquizofrénicos es disminuir o modificar las conductas desadaptativas y las distorsiones cognitivas derivadas de ellas, a través de la colaboración del paciente o la familia, junto con el entrenamiento en habilidades sociales.

A su vez, dichos autores resaltan la importancia de la relación terapéutica con estos pacientes. En donde el terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales,

y como catalizador, promoviendo experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que fomenten, a su vez, pensamientos y habilidades más adaptativas.

Además, Beck y Rector (2000), afirman que la terapia cognitivo-conductual consiste en una intervención estructurada dirigida a ayudar a las personas a entender mejor el desarrollo y los factores de mantenimiento de sus síntomas psicóticos y aprender estrategias específicas de afrontamiento conductual y cognitivo activo, para reducir el estrés, los problemas en el funcionamiento psicosocial y las interferencias en el logro de sus objetivos personales, causados por estos síntomas. (Citado en Barceló Martina, 2019).

En relación al párrafo anterior, Burns, Erickson y Brenner (2014), Jahuar et al. (2014), Kuipers (2012), Kern et al. (2009); Roder, Müller, Brenner y Spaulding (2011), establecen que las técnicas de intervención de corte cognitivo-conductual están demostrando cada vez más su eficacia en la prevención de recaídas y en el manejo de problemas de pacientes con esquizofrenia; promueven su recuperación e integración a la comunidad debido a que se dirigen hacia componentes clave para la funcionalidad como la estabilidad sintomática, la promoción de una vida independiente, el establecimiento laboral y el adecuado funcionamiento social. (Citados en Barceló Martina, 2019).

Es importante resaltar la importancia de trabajar con estos pacientes las habilidades sociales, ya que generalmente son personas que presentan grandes dificultades en diferentes componentes de las habilidades sociales, a continuación, nos enfocaremos en el concepto de las habilidades sociales y luego en la resolución de problemas.

1.11 Habilidades sociales

Seguendo a Caballo Vicente (2007), afirma que la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de eficacia mostrado por una persona dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en que se encuentre. La conducta apropiada en una situación puede ser, obviamente, inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción.

Aunque en contextos experimentales se puede demostrar que es más probable que determinadas conductas logren un objetivo concreto, una respuesta competente es, normalmente, aquella sobre la que la gente está de acuerdo que es apropiada para un individuo en una situación particular.

Linehan (1984) señala que puede haber tres tipos básicos de consecuencias: 1) La eficacia para mantener los objetivos de la respuesta (eficacia en los objetivos); 2) La eficacia para mantener la relación con la otra persona en la interacción (eficacia en la relación); 3) La eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (eficacia en el respeto a uno mismo) (citado en Caballo, 2007).

Caballo Vicente (2007) establece que tanto el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales deberían tenerse en cuenta en cualquier definición de habilidad social. Empezando con cierta idea de lo que puede constituir el contenido de la conducta socialmente habilidosa y evaluando las consecuencias de esas conductas, podemos conseguir alguna estimación

del grado de habilidad social. En general, se espera que la conducta socialmente habilidosa produzca reforzamiento positivo más a menudo que castigo.

Caballo Vicente (2007) al momento de definir la conducta social toma diversos conceptos planteados por diferentes autores, algunos de ellos son los siguientes:

“La habilidad social es el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de otra persona y comparta estos derechos, etc. con los demás en un intercambio libre y abierto” (Phillips, 1978, P.13).

“La habilidad social es la capacidad compleja para emitir conductas o patrones de respuesta que optimicen la influencia interpersonal y la resistencia a la influencia social no deseada (eficacia en los objetivos) mientras que al mismo tiempo optimiza las ganancias y minimiza las pérdidas en la relación con la otra persona (eficacia en la relación), y mantiene la propia integridad y sensación de dominio (eficacia en el respeto a uno mismo)” (Linehan, 1984, P.153).

“La habilidad social es 1) una característica de la conducta, no de la persona; 2) es una característica específica a la persona y a la situación, no universal; 3) debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de otras variables situacionales; 4) está basada en la capacidad del individuo de escoger libremente su acción; 5) es una característica de la conducta socialmente eficaz, no dañina” (Alberti, 1977).

Además, Caballo Vicente (1986) define a la habilidad social de la siguiente manera: “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese

individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”.

Otra postura es la de Hernández NA (2011) quien afirma la importancia del entrenamiento en habilidades sociales (EHS), en el tratamiento de la esquizofrenia, pues esta incluye dentro de sus rasgos distintivos el déficit en el funcionamiento social e interpersonal, así mismo constituye una fuente de extra de estrés y contribuye a las recaídas y exacerbaciones sintomáticas, aumentando este déficit con el tiempo.

Lieberman y Corrigan (1993) definen al entrenamiento en habilidades sociales como el ensayar conductas o destrezas que posibiliten un adecuado funcionamiento interpersonal, que se concreten en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal a través de la interacción social. (Citado en Hernández NA, 2011).

Con lo mencionado anteriormente (Caballo, 2003), podríamos decir que una respuesta socialmente habilidosa sería el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el procesamiento flexible de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de la cual se seleccionaría la mejor y terminaría con la emisión apropiada o expresión manifiesta de la opción escogida. (Citado en Hernández NA, 2011).

Además, dicho autor plantea que el EHS, supone que independientemente de porque un paciente no haya aprendido a manejar con éxito ciertas interacciones personales, puede aprender competencias conductuales más efectivas si se definen con claridad las habilidades deseadas y se

aplican sistemáticamente los principios de aprendizaje y se cambian las expectativas cognitivas referente a las interacciones sociales, siendo de fundamental importancia aprender nuevas pautas de conducta social y mejorar las autoinstrucciones y el proceso de información sobre el actuar social.

En relación a lo anterior, se debe considerar para el inicio de una intervención los siguientes puntos:

- La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado.
- El paciente trae a la situación social sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción.
- Se debe de ajustar el EHS a la tolerancia del estrés del paciente, sus limitaciones del proceso de información, o sea; déficit de habilidades, deterioros de aprendizaje y características motivacionales.
- No todos los pacientes presentan las mismas disfunciones, por lo cual no deben de recibir el mismo formato de entrenamiento.

1.12 Componentes de las habilidades sociales

Aunque en lo escrito en el párrafo anterior se señala que no hay una definición generalmente aceptada de habilidades sociales (HHSS), si existe un acuerdo de lo que conlleva el concepto de HHSS. El uso explícito del término de habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas. Por consiguiente, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la

conceptualización de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (variables cognitivas), y una dimensión situacional (el contexto ambiental).

Para Van Hasselt y cols. (1979) tres son los elementos básicos de las HHSS:

- a. Las HHSS son específicas a las situaciones. El significado de una determinada conducta variará dependiendo de la situación en que tenga lugar.
 - b. La efectividad interpersonal se juzga según las conductas verbales y no verbales mostradas por el individuo. Además, estas respuestas se aprenden.
 - c. El papel de la otra persona es importante y la eficacia interpersonal debería suponer la capacidad de comportarse sin causar daño (verbal o físico) a los demás.
- (Citado en Caballo Vicente, 2007).

Sumado a esto, Caballo Vicente (2007), siguiendo a diversos enfoques teóricos plantea varios componentes de las habilidades sociales.

Uno de ellos son los componentes conductuales. Estos son un conjunto de acciones observables que una persona realiza cuando interactúa socialmente. Estas conductas son las que permiten que la comunicación sea efectiva y coherente con el mensaje que se desea transmitir. Siguiendo a Caballo Vicente (1982), son varios los elementos que constituyen este componente de la habilidad social. Algunos de los principales son:

- 1) Componentes no verbales: mirada/contacto ocular, sonrisas, gestos, expresión facial, postura, etc.
- 2) Componentes paralingüísticos: voz, volumen, tono, claridad, velocidad, timbre, etc.

3) Componentes verbales: peticiones de nuevas conductas, contenido de alabanzas, contenido de aprecio, humor, atención personal, etc.

4) Componentes mixtos más generales: afecto, conducta positiva espontánea, escoger el momento adecuado, tomar y ceder la palabra, etc.

Dicho autor también resalta que estos componentes son también situacional y conductualmente específicos.

Una de las características más importantes de los elementos conductuales de las HHSS es la comunicación no verbal: La conducta verbal, como no verbal, es el medio por el que la gente se comunica con los demás y constituyen los elementos básicos de la habilidad social. Dentro de la misma, nos encontramos con:

- La mirada: se define como “el mirar a otra persona en o entre los ojos.” La mirada mutua implica que se ha hecho “contacto ocular” con otra persona. La mirada es única, indica que estamos atendiendo a los demás y se emplea en la percepción de las señales no verbales de los demás. Se utiliza para abrir y cerrar los canales de comunicación y es especialmente importante para regular y manejar los turnos de las palabras. Además, podemos decir que una función del habla es sincronizar, acompañar o comentar la palabra hablada. Un elevado grado de atención prestado a otra persona supone un grado comparable de implicación o de deseo de implicarse con el otro, mientras que la ausencia de atención visual se toma como evidencia de desinterés o pocas ganas de llegar a implicarse con la otra persona.

- La expresión facial: es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Juega varios papeles en la interacción social humana: a) muestra el

estado emocional de un interactivo; b) proporciona una retroalimentación, si está sorprendido, si está de acuerdo, etc.; c) indica actitudes hacia los demás; d) puede actuar de metacomunicación, modificando o comentando lo que se está diciendo o haciendo al mismo tiempo.

- Las sonrisas: es la emoción más habitualmente utilizada para esconder otra. Actúa como lo contrario de todas las emociones negativas: ira, tristeza, temor, etc. Otra razón por la que la sonrisa se emplea como máscara es que forma parte de los saludos convencionales y suelen requerirla la mayoría de los intercambios sociales corteses. Una tercera razón de la sonrisa-máscara es que constituye la expresión facial más fácilmente reproducible a voluntad. Algunos tipos de sonrisas son: auténtica (expresión de todas las experiencias emocionales positivas), mitigadora (tiene el fin de limar las asperezas de un mensaje desagradable o crítico), triste (pone a manifiesto la experiencia de emociones negativas), amortiguada (la persona tiene sentimientos positivos, aunque procura disimular su verdadera intensidad), etc.

- La postura corporal: Mehrabian (1972) plantea que la posición del cuerpo y de los miembros, la forma como se sienta la persona, como está de pie y como pasea, refleja sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros (citado en Caballo Vicente 2007). A su vez, el mismo autor, plantea que hay cuatro categorías posturales: a) acercamiento, una postura atenta comunicada por una inclinación hacia delante del cuerpo; b) retirada, postura negativa, de rechazo, comunicada retrocediendo, echándose hacia atrás; c) expansión, postura orgullosa, engreída, arrogante o de desprecio, comunicada por la expansión del pecho, un

tronco erecto o inclinado hacia atrás, cabeza recta y hombros elevados; d) contracción, postura depresiva, cabizbaja o abatida, comunicada por un tronco inclinado hacia delante, cabeza hundida, hombros que cuelgan y pecho hundido.

- La orientación corporal: el grado en que los hombros y las piernas de un sujeto se dirigen hacia, o se desvían de, la persona con quien se está comunicando. Señala el estatus o el agrado hacia la otra persona. En general, podemos decir que cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación, mientras que más abierta sea la orientación, va a permitir la orientación de otras personas.

- Los gestos: es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Para llegar a ser un gesto, un acto tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información. Los gestos son básicamente culturales.

Siguiendo con los componentes de las habilidades sociales, Caballo Vicente (2007) habla sobre los componentes paralingüísticos. Estos se refieren a cómo se dice algo, más que al contenido de lo que se dice. En relación a esto, el autor plantea que las señales vocales pueden afectar drásticamente al significado de lo que se dice y de cómo se recibe el mensaje. Trower, Bryant y Argyle (1978) plantean tres aspectos importantes de la vocalización:

- 1) El sonido como un medio básico para la comunicación.
- 2) El sonido que comunica sentimientos, actitudes y la personalidad.
- 3) El sonido que da énfasis y significado al habla.

Los elementos paralingüísticos raramente se emplean aislados. El significado transmitido es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto o una situación determinado. Agregando a esto, algunos de los

elementos que componen este componente son: la latencia, el volumen, el timbre, el tono y la inflexión, la fluidez del habla, el tiempo del habla, claridad y velocidad.

Sobre los componentes verbales, Caballo Vicente (2007) afirma que el habla se emplea para una variedad de propósitos, por ejemplo: comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que están intentando lograr.

No solamente tendremos en cuenta estos componentes, sino que también, Fernández Ballesteros (1986) plantea que hay una gran variedad de factores que afectan a las relaciones de la persona con su entorno (Citado en Caballo Vicente, 2007). Propone los siguientes tipos de variables.

- Variables físicas: los elementos físicos del ambiente como los naturales, como los producidos por el hombre, son variables relevantes que pueden tener su influencia como factores ambientales.
- Variables sociodemográficas: algunas de las principales características son: sexo, edad, estado civil, situación dentro de la estructura familiar, número de miembros del hogar/familia, ocupación de la persona, raza, lengua, religión, ideología política, etc.
- Variables organizativas: son todas las variables que ordenan o normatizan el comportamiento de los habitantes de un determinado ambiente.
- Variables interpersonales: son las variables implicadas en las relaciones interpersonales entre los habitantes del contexto, así como las características del clima social en él.

- Variables conductuales: el psicólogo se ocupa del estudio del comportamiento humano. Por lo tanto, a la hora de operativizar un ambiente, será necesario precisar qué tipo de conductas humanas van a ser estudiadas.

En cuanto a los componentes cognitivos, Caballo Vicente (2007) afirma que la persona busca algunas situaciones y evita otras. La misma está afectada por las situaciones en la que se encuentra, pero también afecta a lo que está pasando y contribuye continuamente a los cambios en las condiciones situacionales y ambientales. En este proceso, es de importancia decisiva de qué manera selecciona las situaciones, los estímulos y acontecimientos, y cómo los percibe, construye y evalúa en sus procesos cognitivos.

1.13 Clases de respuestas

Lazarus (1973) establece las principales clases de respuesta o dimensiones conductuales que abarcan las habilidades sociales: 1) la capacidad de decir “no”; 2) la capacidad de pedir favores y hacer peticiones; 3) la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos; 4) la capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones. (Citado en Caballo Vicente, 2007).

Además, Caballo Vicente (2007) establece las dimensiones conductuales más generalmente aceptadas que son:

- 1) Hacer cumplidos.
- 2) Aceptar cumplidos.
- 3) Hacer peticiones.
- 4) Expresar amor, agrado y afecto.
- 5) Iniciar y mantener conversaciones.
- 6) Defender los propios derechos.

- 7) Rechazar las peticiones.
- 8) Expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- 9) Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- 10) Petición de cambio de conducta.
- 11) Disculparse o admitir ignorancia.
- 12) Afrontar las críticas.

1.14 Terapia de solución de problemas

La terapia de solución de problemas (TSP) es una intervención psicológica, ubicada habitualmente bajo el epígrafe cognitivo-conductual, que aspira a mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores (acontecimientos traumáticos) y menores (problemas cotidianos crónicos) y a reducir los problemas de salud mental y salud física. (Nezu, 2014).

La TSP tiene dos grandes objetivos:

1. La adopción de una visión del mundo o de una orientación adaptativa hacia los problemas de la vida (una visión optimista y positiva de la propia eficacia que admita que los problemas son ocurrencias vitales normales).
2. La implantación eficaz de conductas concretas de solución de problemas.

Por encima de todo, la TSP ha demostrado su eficacia para el tratamiento de individuos aquejados de una amplia variedad de problemas de salud física y mental, como depresión, ansiedad, trastornos emocionales, cánceres, enfermedades cardíacas, etc. También ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de individuos que padecen de esquizofrenia o retraso mental.

Además, Nezu (2014) afirma que la TSP se ha visto conceptualizada e implantada como sistema psicoterapéutico y como programa de formación breve centrada en habilidades.

1.15 Breve historia de la terapia de solución de problemas

Nezu y D´Zurilla (1989) afirman que, en 1971, Thomas D´Zurilla y Marvin Goldfried publicaron una revisión global de la teoría e investigación relevante relacionada con la solución de problemas (citado en Nezu, 2014). Partiendo de esta revisión, los psicólogos de orientación conductual desarrollaron un modelo prescriptivo de solución de problemas compuesto de dos aspectos diferentes, aunque relacionados: a) la orientación general (orientación hacia el problema) y b) las habilidades de solución de problemas. La orientación general de problemas se definió como un proceso metacognitivo que cumple con una función básicamente motivacional. Este proceso implica, un conjunto de esquemas emocional-cognitivos relativamente estable que refleja la conciencia y estimación que la persona hace de sus problemas vitales y de su capacidad de solución de problemas.

Además, Nezu (2014) establece que las habilidades de solución de problemas se refieren al conjunto de actividades cognitivo-conductuales con que la persona trata de descubrir o desarrollar soluciones o formas eficaces de enfrentarse a los problemas de la vida real. Cuatro fueron las habilidades de solución de problemas puestas de relieve por este temprano modelo:

- a) Definición y formulación del problema.
- b) Generación de alternativas.
- c) Toma de decisiones.

d) Implementación y verificación de la solución.

Posteriormente Nezu, bajo la tutela de D'Zurilla, confirmó varios principios teóricos del modelo TSP, entre los cuales cabe destacar los beneficios positivos de entrenar a los individuos a definir mejor los problemas sociales y la toma de decisiones eficaces para resolver tales problemas.

1.16 Definición de los constructos

A continuación, Nezu (2014), establece los tres principales componentes de la TSP:

1: Solución de problemas: proceso autodirigido mediante el cual, el individuo trata de identificar, descubrir y/o desarrollar soluciones adaptativas de enfrentamiento a los problemas, tanto agudos como crónicos, con los que tropieza en la vida cotidiana. Refleja el proceso a través del cual las personas dirigen sus esfuerzos de enfrentamiento hacia la modificación de:

- a. La naturaleza de la situación, para que no siga representando un problema.
- b. Sus reacciones inadaptadas a tales problemas (lo que se conoce como objetivos centrados en la emoción, como, por ejemplo, reducir las reacciones emocionales negativas y aumentar la capacidad de aceptar que los problemas forman parte de la vida).
- c. La situación y su respuesta emocional inadaptada al problema.

La TSP aspira a mejorar la eficacia de las actividades de solución de problemas para aumentar la probabilidad de que tales esfuerzos resulten en última instancia, exitosos. Es importante recordar que lo que, para una persona, es una solución eficaz, no necesariamente lo es para otra que experimenta un problema parecido. Además, la solución que, en un determinado momento, ha funcionado para una persona, tampoco tiene necesariamente que funcionar en una

situación similar para la misma persona en otro momento posterior, porque la persona y/o las circunstancias pueden haber cambiado. Otro rasgo importante de la solución de problemas es la capacidad de equiparar las respuestas adaptativas a las demandas de un determinado problema, teniendo simultáneamente en cuenta la amplia variedad de factores externos e internos presentes en un determinado momento.

Además, Nezu (2014), diferencia los conceptos de solución de problemas e implementación de la solución. Se trata de dos procesos conceptualmente distintos que suelen requerir, habilidades también diferentes. La solución de problemas se refiere al proceso de descubrir o desarrollar soluciones para problemas concretos, mientras que la implementación de la solución, tiene que ver con el proceso de llevar a la práctica esas soluciones. Añadiendo a esto último, el autor refiere que las habilidades de solución de problemas son generales, mientras que las habilidades de implementación de solución se consideran específicas para una determinada situación, en función del tipo de problema y del tipo de solución.

2: Problema: se la define como una situación vital, presente o anticipada, que:

- a. Requiere una respuesta adaptativa para evitar consecuencias a corto o a largo plazo.
- b. Debido a la existencia de obstáculos o barreras, la persona que experimenta la situación no tiene acceso inmediato a una respuesta eficaz evidente.

Las exigencias impuestas por el problema pueden originarse en el entorno social o físico de la persona, como interna o intrapersonalmente.

Las barreras que convierten a la situación en un problema para un determinado individuo o conjunto de individuos pueden implicar una variedad de factores: a) novedad (mudarse a un nuevo entorno); b) ambigüedad (confusión en el modo en que avanza una determinada relación);

c) impredecibilidad (como falta de control sobre la propia carrera); d) objetivos en conflicto (por ejemplo, diferencias de opinión sobre la casa a comprar); e) déficits en las habilidades de desempeño (por ejemplo, problemas en la relación con los compañeros de trabajo); f) falta de recursos (dificultades para hacer frente a una hipoteca).

Por lo tanto, Nezu (2014) afirma que un problema, tiene que ver con la relación existente entre la persona y el entorno, representada por el desequilibrio o discrepancia real o percibida entre las exigencias de la situación y las habilidades y reacciones de afrontamiento. Por consiguiente, podemos esperar que la dificultad o el significado del problema se modifiquen con el paso del tiempo, dependiendo de los cambios que tengan lugar en el entorno, la persona o en ambos.

3: Solución: es una respuesta o pauta de enfrentamiento concreta a la situación que es el producto o resultado de un proceso de solución de problemas aplicado a una determinada situación problemática. La solución eficaz es aquella que logra el objetivo o conjunto de objetivos de la solución de problema, maximizando las consecuencias positivas y minimizando las negativas. Además, Nezu (2014) afirma que, entre sus importantes resultados, se cuentan los efectos sobre los demás y sobre uno mismo, tanto a corto como a largo plazo.

Sin embargo, el mismo autor, establece que los intentos de abordar los problemas estresantes dependen fundamentalmente de dos variables generales, aunque parcialmente independientes:

Orientación al problema: se refiere al conjunto de esquemas cognitivo-afectivos relativamente estables que representan las creencias, actitudes y reacciones emocionales generalizadas que una persona tiene acerca de los problemas de la vida. Hay dos tipos de orientación; a) la orientación positiva (considera los problemas como retos, es optimista y cree que

los problemas pueden resolverse, verse capaz de enfrentar a los problemas, entender que la solución exitosa de problemas requiere tiempo y esfuerzo, etc.). Y la b) orientación negativa (considera los problemas como amenazas, creer que son irresolubles, dudar de la propia capacidad para enfrentarse a ellos, etc.)

A partir de esto, Nezu (2014) afirma que la orientación refleja el tipo de tendencia a considerar cierto tipo o conjunto de problemas desde una determinada perspectiva.

Estilos de solución de problemas: se refiere al conjunto de actividades cognitivo-conductuales a los que las personas recurren para tratar de enfrentarse o resolver problemas estresantes. Existen tres estilos diferentes: a) solución racional de problemas; b) solución evitativa de los problemas y c) solución impulsiva-descuidada de problemas. La solución racional de problemas es el enfoque constructivo para enfrentarse a problemas estresantes e implica la aplicación sistemática de habilidades concretas:

1. Definición de problemas: aclarar la naturaleza del problema, esbozar un objetivo u objetivos para su solución e identificar los obstáculos que impiden su logro.
2. Generación de alternativas: considerar el abanico de posibles estrategias de solución dirigidas a la superación de dichos obstáculos.
3. Toma de decisiones: predecir las consecuencias más probables de las distintas alternativas.
4. Implementación de la solución y verificación: llevar a cabo el plan de solución, controlar y evaluar sus consecuencias.

También se han identificado dos estilos de funcionamiento inadaptado o disfuncional que están asociados a la solución ineficaz de problemas. Además, las personas que recurren a estos estilos tienden a empeorar los problemas y a crear incluso otros nuevos.

El estilo impulsivo/descuidado es un tipo de solución de problemas que lleva al individuo a comprometerse en intentos impulsivos o descuidados de resolver un problema. Tales intentos, son apresurados, limitados e incompletos. La persona caracterizada por este tipo de pauta de respuesta suele considerar unas pocas soluciones y quedarse compulsivamente con la primera que se le ocurre. Además, este tipo de persona considera demasiado rápida, descuidada y asistemáticamente las consecuencias y alternativas y monitoriza también de forma descuidada e inadecuada los resultados de la solución.

El estilo de evitación, es otra pauta disfuncional de solución de problemas caracterizada por la postergación, la pasividad, la inacción y la dependencia a los demás. Prefiere evitar los problemas en lugar de enfrentarse a ellos, demorando la solución todo lo posible, esperando que sus problemas se resuelvan solos y tratando de delegar en otros la responsabilidad de resolverlos.

Sumado a esto, Nezu (2014) afirma que, a partir de un descubrimiento, la solución ineficaz de problemas está ligada a elevados niveles de depresión, ansiedad, ideas e intentos de suicidios, desesperanza, pesimismo, tendencia al enfado, abuso de sustancias, baja autoestima, esquizofrenia, etc.

También se ha descubierto que la solución eficaz de problemas está relacionada con una mayor habilidad global de enfrentamiento y niveles elevados de optimismo, ajuste social, estado de ánimo positivo, satisfacción con la vida y una mayor esperanza, motivación y bienestar general.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, Nezu (2014), afirma que la TSP puede enseñarle a la persona, a considerar que los problemas no son tanto amenaza como retos, a enfrentarse a ellos de un modo más adaptativo (es decir, con un estilo que no se centre en la evitación, sino en el enfrentamiento); a definir los problemas y establecer objetivos; a entender por qué la situación es un problema; a identificar exactamente los obstáculos; a establecer objetivos realistas; a esbozar y elaborar nuevas soluciones a los problemas; a tomar decisiones eficaces; a llevar a la práctica una solución o plan de acción y a evaluar el resultado de la solución.

1.17 Objetivos del tratamiento

Nezu (2014) plantea los siguientes objetivos concretos del tratamiento TSP:

1. Mejorar la orientación positiva hacia los problemas.
2. Reducir la orientación negativa hacia los problemas.
3. Alentar la solución planificada de problemas.
4. Minimizar la evitación de problemas.
5. Minimizar la solución impulsiva/descuidada de problemas.

Nezu (2014) afirma que son varios los grandes obstáculos a los que se enfrenta el individuo que trata de alcanzar estos objetivos del tratamiento. Entre esos obstáculos, cabe destacar la presencia de todos o algunos de los siguientes:

- a. Sobrecarga cognitiva, especialmente en situaciones estresantes.
- b. Capacidad limitada o deficiente de asumir una gestión emocional eficaz.

- c. Procesamiento cognitivo sesgado por información relacionada con varios tipos de emoción (como, por ejemplo, pensamiento negativo automático, creencias de una pobre autoeficacia, etc.).
- d. Motivación limitada debido a sentimientos de impotencia.
- e. Estilo ineficaz o inadaptado de solución de problemas.

Para alcanzar los objetivos del tratamiento, la TSP se centra en entrenar a los clientes en cuatro grandes conjuntos de herramientas de solución de problemas. Estas son:

1. Multitarea de solución de problemas.
2. Método DEPA (detente, enlentece, piensa y actúa) de solución de problemas.
3. Pensamiento e imagen sana.
4. Solución planificada de problemas.

1.18 El terapeuta de solución de problemas y la relación paciente terapeuta

Nezu (2014) afirma que es muy posible que la mayoría de los clínicos coincida en la importancia de que el cliente considere a su terapeuta como una persona cordial, empática, fiable y auténtica. Añadiendo a esto, el autor refiere que el clínico que trabaja con la TSP está tratando de modificar pautas inadecuadas de enfrentamiento al estrés, es posible que los clientes perciban los intentos del terapeuta como un ataque a su personalidad. (es decir, su problema radica en su pobre solución de problemas). Por lo tanto, es esencial que el clínico TSP acepte, respete y se comunique adecuadamente con su cliente, explicándole bien el modo en que ciertas pautas o hábitos pueden ir en contra de sus propios intereses. El terapeuta también, debe saber que sus intentos de modificar una conducta profundamente arraigada pueden desencadenar, en muchas personas, reacciones de miedo, frustración e ira que, en ocasiones, se dirigen contra el terapeuta y la terapia.

Además, Nezu (2014) afirma que el terapeuta TSP tiene que tener experiencia en las áreas de solución de problemas sociales, estrés, regulación emocional, etc.

Snyder y colegas (2002), plantean que hay que proporcionar al cliente, dentro de este contexto, una visión global breve del modelo de solución de problemas ligados al estrés no solo ayuda a entender los caminos que han desembocado en el problema actual sino, más importante, infunde esperanza y ayuda a descubrir caminos más eficaces para alcanzar objetivos más positivos (citado en Nezu, 2014).

En relación a lo escrito anteriormente, Nezu (2014) afirma que el terapeuta TSP debe tratar de equilibrar la actitud activa y directiva con una sensación de colaboración con el cliente. Además, de demostrar que uno se preocupa por el bienestar de la persona, expresar cordialidad en forma de guía amable, bondadosa y paciente a través de esta nueva e incierta modalidad de enfrentamiento puede reducir la tendencia del paciente a rechazar una nueva experiencia. La empatía expresada por el terapeuta a través de la escucha atenta al modo en que el cliente describe sus problemas y preocupaciones y en modo en que aquel reconoce los sentimientos y refleja la comprensión de los problemas presentados aumenta la expectativa en la relevancia e interés en el aprendizaje de las habilidades de solución. También es importante que el clínico TSP identifique las fortalezas de un determinado paciente y le transmita la idea de que funcionan como “ladrillos de construcción” para el aprendizaje de dichas habilidades.

1.19 Sobre el centro de día

La resolución 1328 (2006) sostiene que el centro de día es un servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más

adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

La evaluación de la severidad de la discapacidad se basa en un diagnóstico funcional integral, que considera sus habilidades, intereses y posibilidades desde una perspectiva bio-psico-social. El centro de día se enfoca en proporcionar apoyo a aquellos que no pueden beneficiarse de programas de educación o rehabilitación debido a la gravedad de su discapacidad. Su objetivo principal es estimular intereses y desarrollar habilidades en cada beneficiario para lograr el mayor desarrollo posible.

Las actividades buscan alcanzar varios objetivos: fomentar la máxima independencia personal, promover hábitos sociales para una mejor integración, asegurar una integración adecuada al entorno familiar, prevenir el aislamiento familiar o institucional, desarrollar actividades ocupacionales adaptadas a sus capacidades, apoyar y orientar a las familias, y fomentar la participación en trabajos comunitarios. Además, se trabaja en mantener las habilidades de autovalimiento que podrían perderse (Resolución 1328, 2006).

A la vez, la Resolución 1328 (2006) determina como beneficiario a jóvenes y adultos con discapacidad severa o profunda con dificultades para acceder a ubicación, capacitación laboral y/o escolaridad, niños con discapacidad severa o profunda imposibilitados el acceso a otro tipo de prestaciones. Dichos beneficiarios serán organizados y agrupados por edad y diagnóstico funcional, condiciones psicofísicas y actividades a realizar.

El Centro de día ofrecerá servicios de atención médica, que abarca la actualización de diagnósticos, pronósticos, y el seguimiento de tratamientos, así como la prescripción y control de medicamentos y estudios específicos, y la coordinación con otros servicios médicos especializados

para derivaciones. Además, se brinda apoyo familiar e individual, con el objetivo de fortalecer lazos con la familia del participante y fomentar nuevas relaciones dentro de su entorno social. Paralelamente podrá desarrollar distintas actividades con determinadas características: integración familiar y comunitaria, aprovechando recursos comunitarios para paseos y eventos sociales; hábitos de vida diaria como higiene, alimentación y vestimenta; actividades laborales no productivas como cerámica y trabajos manuales, adaptadas a las habilidades e intereses de los participantes; expresión corporal y educación física mediante juegos recreativos individuales y grupales para mejorar la comunicación y expresión. Otras actividades, tanto individuales como grupales, se diseñan para fomentar la integración, comunicación, autonomía y expresión, siempre ajustadas al plan de tratamiento individual. Estas actividades son coordinadas por profesionales capacitados en discapacidad. El centro opera de lunes a viernes en turno mañana y/o tarde, con actividades durante todo el año, exceptuando período de vacaciones según la situación socio-familiar de los asistentes (Resolución 1328, 2006).

CAPÍTULO II

2.1 Materiales y métodos

A continuación, se expone la metodología utilizada para la recolección de información, como así también para las distintas intervenciones llevadas a cabo durante las prácticas profesionales supervisadas.

El trabajo, se realizó en la Casa de Medio Camino HIBOU, en su modalidad de centro de día, en el cual se trabaja con pacientes con diagnóstico de psicosis en su mayoría. Las prácticas se llevaron a cabo durante tres meses, de lunes a viernes en el turno mañana de 9:00hs a 12:00hs.

El trabajo integrador final es de tipo cualitativo, por las técnicas que se utilizaron para la recolección de información e intervención. Además, es cualitativo porque los datos recolectados se obtuvieron en el lugar mencionado y de esta manera, el diseño se fue ajustando a las condiciones que ofrecía el ambiente.

Al mismo tiempo, este trabajo es de tipo explicativo ya que se pretende demostrar los efectos que puede tener la intervención basada en la terapia de resolución de problemas en un paciente con esquizofrenia.

2.2 Técnicas de recolección de información

Al principio de las prácticas, se utilizaron las técnicas de observación y escucha activa para conocer al grupo y su desenvolvimiento en el centro de día, a medida que fue pasando el tiempo, y una vez seleccionado el tema a investigar. Agregando a lo anterior,

fue importante la observación participante para conocer al paciente y su desarrollo en el centro de día, como a su vez su relación con los demás concurrentes a dicho centro.

Relacionado a lo anterior, fue importante la entrevista realizada al psicólogo de M, y al psicólogo de la institución, obteniendo información valiosa. De igual modo, se incluyeron datos aportados por diversos talleristas, información que se pudo obtener a partir de interrogantes que surgía por parte del practicante con la finalidad de poder conocer al paciente en diversos aspectos.

2.3 Técnicas de intervención

Las intervenciones se realizaron de manera grupal, debido a que no se podían hacer individualmente sin la ayuda del psicólogo de M. El mismo le comentó al practicante que M hace más de 1 año no se presenta en terapia, acudiendo solamente al centro de día.

De igual modo, se le asesoró al practicante que, si llegaba a realizar alguna intervención, evitara que M lo percibiera como un mensaje directo a él, es decir, que la actividad trate de ser planteada de manera general. Esta recomendación se atribuyó, al ser M un paciente con delirios persecutorios y dicha intervención podría provocar en él una desestabilización.

Se planificó cada uno de los encuentros, tomando en cuenta los talleres donde se podía llevar a cabo la actividad pensada y teniendo en cuenta la diferente dinámica de cada taller. También se consideró los talleres a los cuales M asistía, a causa de que cada actividad se había pensado en base a M.

2.4 Acercamiento a la institución

Al principio, se coordinó una reunión con la licenciada Sonia Giménez, la directora del área clínica de la facultad, donde el practicante le comunicó su interés de comenzar con las prácticas. Como la reunión se concretó en diciembre y el lugar donde el practicante quería realizar las mismas, estaba pronto a cerrar por vacaciones, se acordó que la directora se iba a encargar de buscar un lugar en el cual el alumno pudiese realizar las prácticas. Luego, se comunicó con el practicante para que empezara las prácticas en HIBOU y se pusiera en contacto con el tutor de campo.

A posteriori, se estableció una reunión con el licenciado Leonardo Rodríguez, psicólogo del centro de día HIBOU y tutor de campo del practicante. La finalidad de esta reunión era que el tutor de campo, le presentara y explicara al practicante, sobre la institución, como funciona, como está conformada y cuál es su objetivo. También se le informó al practicante las características de los talleres que se llevan a cabo en el Centro de Día. Del mismo modo, el tutor le comentó al practicante los días y horarios de dichos talleres.

Durante esta etapa, el practicante se dio el tiempo para adaptarse al entorno y entender la dinámica de la institución. Siendo valioso para el desarrollo de las actividades correspondientes a las prácticas profesionales dentro del Centro de Día HIBOU.

2.5 Acerca de la institución

Las prácticas profesionales supervisadas se realizaron en la Casa de Medio Camino HIBOU, localizada en San Juan, en su modalidad de centro de día. La misma se encuentra ubicada sobre la calle General Paz 674 Este, en el departamento de Capital de la provincia

de San Juan. Las prácticas se realizaron en los meses de enero, febrero, marzo y primeros días de abril de 2025. En el centro de día se asistió a los talleres matutinos que se desarrollaban de 9:00 a 12:00hs. Se participó, además, de varias reuniones clínicas, junto con los talleristas, el Lic. Leonardo Rodríguez, tutor de campo, psicólogo y referente de la institución, el director de la institución Lic. Agustín Farré. En estas reuniones se trataba sobre algún caso clínico de algún paciente en particular. Completándose de esta manera las 150 horas de asistencia.

HIBOU se estableció en 2017, como una institución privada. Es una institución que cuenta con un equipo interdisciplinario, el equipo directivo, el coordinador del Centro de Día, coordinador clínico, trabajadora social, talleristas, conformados estos últimos en su mayoría por estudiantes avanzados de psicología, psicólogos, acompañantes terapéuticos, profesores de distintas especialidades. Los pacientes que concurren a dicho centro, son personas entre 22 a 70 años, con diagnóstico, en su mayoría, de diversos tipos de psicosis.

La institución cuenta con dos modalidades, la residencia y el centro de día. En cuanto a la residencia, esta tiene como objetivo el permitir que personas, con patologías graves como la psicosis, estabilizadas y las cuales no tengan algún familiar con el que puedan vivir, se les brinda alojamiento, siendo su objetivo principal promover su desarrollo, bienestar, autonomía y participación social. Mientras que el centro de día, la Resolución 1328 (2006) del ministerio de salud de Argentina, plantea como objetivo posibilitar al paciente el más adecuado desempeño en la vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

El centro de día HIBOU además de contar con un equipo interdisciplinario, tiende a trabajar conjuntamente con padres/tutores, familiares de los pacientes, estableciendo con ellos reuniones mensuales, en las cuales se les informa sobre el progreso de los concurrentes y se les comenta alguna noticia sobre la institución. De igual manera, en el último mes de prácticas, estas reuniones aumentaron en frecuencia debido a problemas que comenzaron a surgir en torno a las obras sociales, lo que generó malestar y preocupación tanto en los concurrentes, como en los familiares de los mismos y personal del centro de día, ya que las obras sociales le pagaban muy poco a la institución, lo que ponía en riesgo los servicios que brindaba.

El centro de día organiza talleres semanalmente en turnos de mañana. Con respecto a los talleres, varían anualmente (se van evaluando mensualmente el proceso dentro de cada taller), actualmente se encuentran los talleres de Cocina, Voz y Resonancias Creativas, Manualidades, Cultura y Producción Grupal, Radio y Taller Dinámico. Cada uno de estos talleres, tienen un día, un horario y un objetivo principal, dándole lugar a las actividades que se van proponiendo. A continuación, se explicará brevemente el objetivo de alguno de estos talleres.

- El taller de cocina permite que los pacientes puedan gestionar tiempos, solucionar problemas, establecer objetivos. Asimismo, permite trabajar la motricidad fina. Este taller, lo dirigen dos estudiantes avanzados de psicología.
- El taller de voz y resonancias creativas, da lugar a trabajar con el cuerpo, dándole el lugar principal a la voz, buscando que los pacientes puedan expresarse, tratar de encontrarle sentido a la música, escribir poema, música,

etc. Fomenta de esta manera, la imaginación, la creatividad y darles un lugar a los pacientes para expresarse. Está dirigido por dos profesionales en psicología.

- El taller de manualidades, da lugar a los concurrentes para trabajar con pinturas, realizar obras de arte, etc. Uno de los objetivos que tiene este taller es fomentar también la creatividad y la imaginación. Además, se realizan manualidades para su posterior venta, y con las ganancias del mismo, poder comprar elementos para el uso correspondiente en este espacio. El taller está dirigido por una persona con la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico.
- El taller de Cultura y Producción Grupal, pone a prueba la capacidad de debatir en grupo, la escucha activa y la percepción sobre algún tema determinado. Además, es un taller que permite a dichas personas poder conocer sobre lo que pasa en el mundo, en el país, etc. Asimismo, los talleristas, estudiantes avanzados de psicología, junto con los concurrentes, plantean salidas grupales a diversos lugares, como el teatro, zoológico, planta recicladora, etc. Con el motivo de que luego de alguna salida, en el próximo encuentro se habla y se debate sobre el lugar que visitaron.

2.6 El desarrollo

Durante las primeras semanas, el practicante empleó la observación para aprender la forma en la cual se llevaban a cabo los talleres y las dinámicas de los mismos. También conocer a los concurrentes, la relación que se establecía entre ellos y la relación entre concurrentes con talleristas. Estas semanas fueron claves, porque se conoció que los concurrentes no asistían a todos los talleres, sino a los que a cada uno de ellos les interesaba.

Por lo tanto, se observaba a diferentes personas en diversos talleres, motivo por el cual, la dinámica de los mismos cambiaba en relación a las personas que concurrían.

Ante la incertidumbre por parte del practicante por elegir el tema a investigar, se decidió por observar con atención los talleres durante algunas semanas, para luego, poder captar el problema sobre el cual se investigaría y posteriormente se podría realizar alguna intervención.

Pasando las semanas y estableciendo buena relación en general con pacientes y con talleristas, el practicante tuvo una reunión con el tutor de campo quién lo orientó con el tema a investigar. Esta orientación se realizó a partir de que el alumno planteara lo que había percibido en los talleres. Finalizada la misma, ambos concluyeron en que se podría realizar una intervención en habilidades sociales y reconocimiento de emociones en uno de los pacientes, al cual, para resguardar su identidad, le podremos M. Este tema se presentó al analizarse la conflictiva que se generaba entre M y otros concurrentes, provocando malestar e incomodidad en algunos talleristas y en algunos concurrentes.

Además, se estableció una reunión con la tutora académica, donde el practicante le comentó la idea que tenía para realizar la intervención, y a su vez recibió asesoramiento sobre las actividades que tenía planeado.

2.7 Descripción del paciente

Luego de la observación realizada en los talleres y la dinámica que se presentaba en ellos, se estableció la elección del sujeto de estudio en base a los siguientes criterios: la asistencia del mismo (siendo de los pacientes, el que mayor asistencia tenía), la apertura, sobre todo con los demás pacientes masculinos, y la participación en los talleres.

M es un paciente de 49 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, presenta ideas delirantes de tipo erotomaniaco o contenido delirante sexual. Asimismo, manifiesta idea delirante de falsa filiación, en donde plantea que los padres con quienes convive son en realidad padres adoptivos, no biológicos y que los verdaderos padres, son personas famosas, esto lo lleva a comentar por ejemplo que su padre es Mick Jagger y su madre es Lady Gaga. En relación a lo último, M piensa que la madre es una prostituta, que se ha acostado con varios y por lo que no sabe quién es su verdadero padre.

El psicólogo de M comenta que el primer episodio se da a fines de la adolescencia, entre los 17-18 años, aunque no es del todo claro el episodio. El mismo surge a partir de que M se encontraba en una reunión social, en la cual se encontraba él, el padre y una persona cercana al padre. En esta situación el paciente plantea que le dieron una comida conteniendo veneno y a partir de la misma, M, se duerme y es abusado.

En relación a lo anterior, M tuvo varias descompensaciones llevándolo a que lo internaran múltiples veces en diferentes clínicas.

M es una persona que tiene buena relación con la familia, siendo el único hijo que sigue viviendo con los padres, con quienes se presentan conflictos. Siendo el padre, con el cual se desarrolla el enfrentamiento, dado que es quien lo lleva a trabajar, buscando mayor autonomía en su hijo. Sin embargo, su desempeño al no ser bueno, porque M no es muy útil o tiende a equivocarse bastante, el padre se molesta generando discusiones o esto mismo lleva a M no querer ir a trabajar. Estas situaciones tienden a bajar la autoestima de M.

Añadiendo a esto, el psicólogo comenta que M hace un año que no asiste a terapia, Según el profesional puede deberse a que M se encuentra estabilizado. En los talleres, M puede trabajar las relaciones sociales, aspecto de su vida que siempre le ha sido complicado debido a que por momentos M se siente raro o extraño con aquellas personas que no padecen de la misma o similar patología. Estas situaciones han ido reforzando la baja autoestima, llevándolo por momentos a buscar la aprobación de los demás como ocurre por momentos en el centro de día. En este sentido, M encontró una persona, la cual lo tomó como soporte y establecieron una amistad fuera de la institución.

La elección de M, como sujeto de estudio, se determinó en base a diversos talleres donde se observó que generalmente su forma de actuar y de desenvolverse es correcta. Sin embargo, con otra persona del taller no se comporta de la misma forma, sino al contrario, por momentos ignoraba a esta persona, estableciendo una “pared” o “vacío” cuando la misma le hablaba o lo saludaba, también realizaba comentarios despectivos o hirientes de manera directa o indirecta a su compañera, sin importarle como se sentía. Asimismo, se prestó atención al hecho que M le resulta complicado poner en palabras la emoción que siente en un determinado momento.

2.8 Encuentros: Desarrollo de los encuentros del trabajo integrador final

Los encuentros se planificaron con el objetivo de realizar una intervención siguiendo la línea de terapia cognitivo conductual basada en habilidades sociales, específicamente, la resolución de problemas junto con el reconocimiento de las emociones. Según lo expresado en los párrafos anteriores, los mismos se realizaron de manera grupal, aunque, el foco estaba puesto en M.

Estos encuentros se realizaron en la institución, en distintos talleres, con los pacientes del Centro de Día alrededor de dos semanas.

2.8.1 Primer encuentro: “Hablemos de emociones”

El encuentro se organizó en dos partes, debido a que los pacientes tienden a tener grandes dificultades para mantener la concentración durante un largo período de tiempo y por lo tanto dicha actividad no se podría haber llevado a cabo.

La primera parte del encuentro, comenzó con la pregunta “¿Qué son las emociones? Esta pregunta se hizo de manera introductoria sobre todo para ver que entienden sobre las mismas, que piensan de ellas. Siendo el foco principal M.

A medida que se fue desarrollando la actividad, se hicieron otras preguntas de manera abierta para que los concurrentes se expresaran en su respuesta. Esta parte del encuentro terminó con una propuesta en la cual cada uno tenía que escribir sobre las emociones básicas, tratando en cierta manera de definirla.

Entre cada actividad planeada en ese día, se estableció un recreo de 20 minutos, en el cuál los pacientes pudiesen despejarse, salir a tomar aire, desayunar o fumar, para luego seguir con la segunda parte del encuentro.

La segunda actividad del día, consistía en dos tareas escritas. En la primera, cada uno tenía que unir con flechas la emoción escrita en el papel con el personaje de la película “Intensamente” (siendo estas, alegría, asco, vergüenza, ira, tristeza, miedo) según corresponda. Mientras que la segunda tarea, consistía en completar el cuadro vacío que aparecía debajo de cada personaje, con la emoción correspondiente.

Materiales: hojas donde se anotaron las emociones, lapiceras y lápices, hojas con las tareas de la segunda actividad del día.

2.8.2 Segundo encuentro: “Exprésate”

Este encuentro se había planteado originalmente de otra manera. En un principio se comenzaría a hablar sobre habilidades sociales de manera general, marcando las habilidades básicas. El objetivo era poder hablar sobre la escucha activa y seguir trabajando un poco con el reconocimiento de las emociones y la expresión de las mismas.

El cambio que se realizó en la planificación de dicho encuentro, se basó en la dificultad para llevar a cabo la actividad a causa de la falta de atención e interés que podían presentar algunos pacientes tendiendo a distraer a los demás y, por lo tanto, la actividad no se podría llevar a cabo.

Tomando la recomendación de la tutora académica y la ayuda de una psicóloga para ver qué actividad se podía realizar y aportando el material se llevó a cabo el encuentro. Se debe resaltar la cooperación de los talleristas, quienes con buena disposición motivaron a los pacientes para que participaran

Esta actividad consistía en un juego de cartas que se dividían en cuatro modalidades: “exprésate contigo mismo”, “exprésate con el compañero”, “exprésate con el curso”, “exprésate con el mundo”. En cada carta había una pregunta, donde cada participante o en este caso, cada paciente, al levantar la carta tenía que leer la pregunta, pensar una respuesta y decirla en voz alta.

Materiales: Juego de cartas “Exprésate”

2.8.3 Tercer encuentro: “Un cierre intenso”

En este encuentro se decidió ver la película “Intensamente” para dar un “cierre” a los encuentros, hablando de las emociones en general y de los conflictos que iban surgiendo en la película a medida que esta iba avanzando.

Al inicio del encuentro, cuando ya se encontraban los pacientes que asistían al taller, incluido M, se les explicó sobre qué trataría el taller de ese día, el cual luego de terminada la película, se abriría un espacio de debate y reflexión sobre lo visto.

Materiales: Computadora, película “Intensamente”.

CAPÍTULO III

3.1 Resultados

En el siguiente capítulo se expondrán los resultados de los encuentros realizados.

3.1.1 Resultados del primer encuentro: “Hablemos de emociones”

En este encuentro participaron varios concurrentes, entre ellos M. La actividad, planificada por el practicante, se desarrolló con el acompañamiento de los talleristas, quienes colaboraron activamente para facilitar la participación del grupo presente y favorecer la atención a las consignas propuestas.

Tal como se indicó anteriormente, el encuentro fue estructurado en dos partes. La primera tuvo como objetivo generar un espacio en el que los concurrentes pudieran dialogar sobre las emociones, intentar definir las y proporcionar ejemplos de situaciones que las desencadenan.

La segunda parte del encuentro tuvo como objetivo que cada uno de los concurrentes pudiera identificar y reconocer distintas emociones a partir de diversos estímulos presentados en una hoja de trabajo

En relación con M, se observó una participación activa en la actividad, evidenciada por su interés y disposición constante durante el desarrollo de la propuesta.

No obstante, al habilitarse el espacio para dialogar sobre las emociones, M manifestó dificultades para verbalizar qué emoción se vinculaba con determinadas situaciones. Por ejemplo, al ser consultado por la emoción de alegría, respondió con una situación concreta: el triunfo de Argentina en el Mundial de Fútbol 2022, mencionando

que en ese momento sintió “mucha emoción”. Este patrón se repitió en otras intervenciones, donde M tendía a describir situaciones sin identificar con precisión la emoción asociada.

Además, se observó que M lograba ejemplificar únicamente dos emociones: alegría y tristeza. En cambio, al igual que la mayoría de los concurrentes, mostró mayores dificultades para identificar las emociones de enojo y miedo, razón por la cual no las mencionaba espontáneamente. Al ser consultado sobre estas, tanto M como los demás participantes recurrieron a describir situaciones específicas para expresar lo que representaba el miedo o el enojo en sus experiencias. En particular, se evidenció que el miedo era la emoción que M encontraba mayor dificultad para manifestar verbalmente.

En el momento de reflexionar sobre la tristeza y el enojo, M presentó una perspectiva diferente respecto a la expresada por el resto del grupo. En su intervención, se destacó un enfoque optimista, manifestando lo siguiente: *“se puede estar mal, y se va a estar mal por momentos, pero hay que acordarse de que siempre hay personas que la pasan peor que uno, ya sea por alguna situación médica grave o porque simplemente hay personas con la misma enfermedad que nosotros y están peor”*. Asimismo, asignó un valor significativo a la actividad física como herramienta de canalización emocional, ejemplificando con situaciones personales. Al respecto, expresó: *“a veces me enojo mucho con mi mamá, porque ella se pregunta qué será de mi vida cuando ninguno de mis dos padres esté”*; y añadió: *“mi mamá me dice que soy una persona que no sé nada y que no puedo valerme por mí mismo”*.

A partir de estos relatos, M reafirmó la importancia que atribuye al ejercicio físico como mecanismo regulador de sus emociones, especialmente el enojo. Según sus propias

palabras: *“son esos momentos donde yo puedo canalizar el enojo por haber discutido con mi madre y también por los comentarios que ella realizaba y que son hirientes para mí, entonces cuando pasa esto, salgo a correr o me voy a jugar al básquet para sacar el enojo que me produce la discusión”*.

La primera parte del encuentro concluyó con una actividad en la que cada concurrente debía redactar una definición de las emociones abordadas durante la jornada. No obstante, no se logró completar la totalidad de las definiciones, ya que, debido a la intensidad del trabajo realizado, los participantes comenzaron a dispersarse y a perder el foco de atención.

Posteriormente, se dio inicio a la segunda parte del encuentro, la cual resultó más amena tanto para M como para el resto de los concurrentes. En esta actividad, propuesta por el practicante, se observó cierta dificultad por parte de M para reconocer las emociones que se venían trabajando. El paciente se tomó un tiempo considerable para completar los ejercicios, que consistía en unir con flechas las emociones con sus respectivos estímulos y el segundo consistía en completar el cuadro debajo de cada figura con la emoción según corresponda. Lo que más llamó la atención del practicante fue la marcada dificultad de M para identificar la emoción de miedo. A pesar de ello, logró finalizar la actividad de manera satisfactoria, mientras que el resto de los concurrentes también la completó, aunque con errores en la mayoría de los casos.

3.1.2 Resultados del segundo encuentro “EXPRESATE”

En el encuentro titulado *“Exprésate”* participaron varios concurrentes, en su mayoría distintos de los presentes en el primer encuentro, además de M. También se contó

con la colaboración de los talleristas asignados ese día, cuya participación resultó fundamental para incentivar y sostener la implicación del grupo en la actividad.

El objetivo principal de esta instancia era favorecer que M prestara atención a los aportes realizados por una de sus compañeras, con quien mantiene una relación conflictiva. Una vez explicada la dinámica, el practicante le consultó a M si deseaba comenzar, a lo que accedió sin inconvenientes. Durante el desarrollo de la actividad, se observaron en M momentos de introspección al recibir una carta y tener que responder en voz alta. Asimismo, mostró interés en los turnos de sus compañeros, especialmente ante preguntas del estilo: “*¿Quién es el compañero más tierno?*” o “*¿Quién es el compañero más alegre?*”, entre otras, en las que debían elegir a una persona que representara la cualidad mencionada.

A medida que avanzaba la dinámica, tanto M como los demás concurrentes demostraron buena disposición, evidenciada en la atención que prestaban durante las intervenciones de sus compañeros. La actividad se desarrolló con normalidad hasta que los participantes comenzaron a dispersarse, manifestando deseos de fumar, merendar o salir al exterior, por lo que se decidió otorgar un recreo antes de continuar.

Tras el receso, M, junto con otros concurrentes, optó por retirarse a su domicilio. Esta situación impidió completar la actividad según lo previsto. Además, el practicante no logró verlo al momento de su partida, lo que dificultó evaluar su estado emocional al finalizar el encuentro.

Cabe destacar que este encuentro se desarrolló en un contexto institucional particular, dado que el Centro de Día Hibou atravesaba sus posibles últimas semanas de

funcionamiento, debido a su cierre inminente. Esta situación podría haber influido en el estado de ánimo general de los concurrentes, contribuyendo a la desmotivación observada en algunos de ellos.

Entre medio de los encuentros

Entre el segundo y el tercer encuentro, el practicante y los talleristas observaron una situación significativa entre M y una de sus compañeras, a quien en este trabajo se referirá como “Gabriela” para preservar su identidad. La situación se produjo en el marco de una actividad planificada por los talleristas, que consistía en compartir una merienda en el local “Mostaza”, ubicado en el centro de la ciudad de San Juan, y luego continuar la jornada en la plaza Aberastain.

A medida que los concurrentes iban llegando, se saludaban entre sí de forma habitual. Al arribar M, no solo saludó a todos los presentes —con un beso o un apretón de manos en el caso de los hombres—, sino que también saludó cordialmente a Gabriela con un beso y le preguntó cómo se sentía, sin emitir comentarios despectivos. Esta actitud fue especialmente llamativa para el equipo, dado que M solía saludarla con un tono de voz bajo, sin mirarla, o incluso ignorarla cuando ella lo saludaba.

Una vez que todos retiraron sus consumiciones, el grupo se dirigió a la plaza Aberastain para continuar la actividad al aire libre. Allí, ya instalados en el espacio elegido, se observó que M inició una conversación espontánea con Gabriela, preguntándole cómo se encontraba y mostrando interés genuino por su estado. Esta conducta, poco habitual en él, también fue destacada por los talleristas, quienes señalaron que nunca antes habían presenciado una actitud de ese tipo por parte de M hacia ella.

3.1.3 Resultados del tercer encuentro “Un cierre intenso”

En el último encuentro hubo menos participación que anteriores encuentros, sin embargo, M asistió.

Antes de iniciar el encuentro y explicar su contenido, la tallerista realizó una consulta sobre la ausencia de Gabriela, quien aún no había llegado. Ante esta pregunta, M y su amigo emitieron comentarios despectivos hacia ella, tales como: “uh, no me la nombres que aparece”, “seguro ya va a venir la que no hay que nombrar”, y “qué raro, viene tarde como siempre”. Estas expresiones motivaron la intervención del practicante, quien solicitó a ambos, mayor respeto y les pidió evitar comentarios hirientes hacia su compañera. La intención de esta intervención fue promover la empatía, invitándolos a reflexionar sobre cómo se sentirían ellos si otros realizaran comentarios similares hacia su persona.

Una vez que Gabriela llegó al encuentro, se procedió a explicar la dinámica prevista. Se informó a los concurrentes qué película se iba a proyectar y que, posteriormente, se realizaría una discusión orientada a reflexionar sobre su contenido mediante una serie de preguntas. En consecuencia, se solicitó a los participantes que prestaran atención durante la proyección.

A diferencia de los encuentros anteriores, en esta ocasión se evidenció una menor disposición por parte de los concurrentes, lo cual se manifestó en múltiples interrupciones durante el desarrollo de la actividad. M también mostró escaso interés, influenciado posiblemente por los comentarios de sus compañeros, quienes expresaron frases como: “es una película para niños” o “¿cómo nos van a hacer ver esa película infantil?”, entre otras.

A pesar de la escasa disposición inicial, M fue incorporándose progresivamente a la actividad, logrando mantener su atención en la película incluso en momentos en los que sus compañeros se levantaban para ir al baño, fumar o conversar entre ellos. Aun con la dispersión observada en algunos participantes, el clima general del encuentro se mantuvo agradable, lo que favoreció su desarrollo.

A medida que transcurría el tiempo y se aproximaba el final de la película — faltando aproximadamente veinte minutos—, la tallerista y el practicante comenzaron a preparar y disponer la merienda en la mesa donde los concurrentes se encontraban viendo la proyección. En ese contexto, el amigo de M intentó tomar unas galletas al mismo tiempo que Gabriela se acercó con la intención de repartirlas personalmente, solicitando que nadie las tomara aún. Esta situación generó un conflicto entre ambos, elevándose el tono de voz en la discusión. El practicante y la tallerista intervinieron rápidamente con el fin de contener la situación y evitar una escalada del conflicto; sin embargo, el malestar persistió y varios concurrentes se mostraron contrariados.

Minutos más tarde, el amigo de M, visiblemente molesto por lo ocurrido, decidió retirarse del encuentro. Ante esta situación, M percibió el estado emocional de su compañero y optó por acompañarlo, lo que puede atribuirse al estrecho vínculo de amistad que los une. Un aspecto destacado por el practicante fue que, en esta ocasión, M no realizó comentarios ofensivos hacia Gabriela. Por el contrario, se retiró en silencio, informó brevemente al practicante que acompañaría a su amigo, se despidió y se retiró del lugar.

La actividad continuó con normalidad hasta la finalización de la película. A continuación, el practicante propuso una instancia de reflexión mediante preguntas orientadas a promover el reconocimiento emocional. Entre ellas se incluyeron: “¿Qué

emociones han podido identificar?”, “¿Qué piensan sobre las mismas?”, “¿Es necesario estar siempre alegres o también es importante transitar otras emociones?”, y “¿Cómo reacciona cada uno ante situaciones conflictivas?”, entre otras.

Esta instancia de intercambio se extendió por aproximadamente treinta minutos y contó con la participación de los pocos concurrentes que permanecieron hasta el final y que, además, habían prestado atención al contenido de la película.

Al finalizar el encuentro, uno de los concurrentes se acercó al practicante y expresó que la actividad le había resultado de su agrado. Comentó que era la primera vez que veía dicha película y manifestó interés en ver la segunda entrega de la saga, lo que evidenció una respuesta positiva ante la propuesta.

CAPÍTULO IV

4.1 Discusión

El trabajo integrador final, desarrollado en el centro de día HIBOU, como parte de las prácticas profesionales supervisadas en el área clínica de la licenciatura en psicología, tuvo como objetivo principal analizar los efectos de la terapia de resolución de problemas en un paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

El paciente seleccionado demostró una actitud colaborativa y participativa a lo largo de los encuentros propuestos por el practicante. A partir de las observaciones clínicas y los aportes proporcionados tanto por el psicólogo referente de M como por el equipo institucional, fue posible elaborar conclusiones fundamentadas respecto a los efectos de la intervención.

La intervención se encuadró en la línea de la Terapia Cognitivo-Conductual, específicamente bajo el enfoque de la Terapia de Resolución de Problemas. Esta elección respondió a la intención de aplicar una estrategia estructurada, orientada al fortalecimiento de habilidades emocionales y sociales.

La presente investigación, centrada en la aplicación de una intervención psicoeducativa desde el enfoque de la Terapia de Resolución de Problemas en un paciente con esquizofrenia paranoide, permitió constatar que, aun dentro del marco de una patología crónica y compleja, es posible generar procesos de cambio y mejora en áreas claves como el reconocimiento emocional y las habilidades sociales. A través del desarrollo de tres encuentros grupales, planificados en función de los intereses y necesidades del paciente identificado como M, se observaron avances

en su capacidad de introspección, su disposición al diálogo y, fundamentalmente, en la calidad de los vínculos con los demás.

4.2 Conclusiones Generales

La intervención psicoeducativa grupal desde el enfoque de la Terapia de Resolución de Problemas permitió observar avances significativos en el reconocimiento emocional y en el inicio de cambios conductuales en el paciente con esquizofrenia, identificado como M. La participación activa del paciente, especialmente durante el primer encuentro, evidenció una disposición positiva hacia las actividades del encuentro planteadas por el practicante. Aunque persistieron dificultades específicas, como la identificación del miedo, emoción con la que presentó mayor resistencia cognitiva y expresiva.

En línea con lo planteado por Nezu (2014), la intervención apuntó a desarrollar un estilo de solución racional de problemas, promoviendo la reflexión, el afrontamiento activo y la canalización emocional adecuada. Si bien M aún demuestra dificultades para verbalizar emociones complejas, se evidenció una mejora en la regulación de su conducta hacia su compañera, Gabriela, con quien inicialmente mantenía una relación hostil. La observación de un cambio en su interacción —pasando del rechazo y el desdén a actitudes de saludo y conversación espontánea— constituye un indicador clínicamente relevante.

Este resultado puede relacionarse con el modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Rector (2005), quienes afirman que las creencias disfuncionales en la esquizofrenia pueden ser trabajadas mediante intervenciones estructuradas que promuevan la comprensión y reestructuración de pensamientos, así como la adquisición de habilidades sociales. En este sentido,

las actividades grupales planificadas permitieron no solo abordar contenidos emocionales, sino también poner en práctica habilidades interpersonales en un contexto seguro y contenido.

Asimismo, los talleres se desarrollaron en un marco institucional en crisis, lo que generó fluctuaciones en el estado emocional general de los participantes y puede haber afectado la adherencia y la motivación en ciertos encuentros. Pese a estos factores contextuales, se observó que M mantuvo su asistencia y en algunos momentos funcionó como un regulador del grupo, siendo sensible al estado emocional de su amigo o evitando participar de comentarios negativos hacia Gabriela.

Cabe destacar que la intervención no estuvo exenta de limitaciones. La imposibilidad de trabajar en un formato individual redujo la especificidad y continuidad de las intervenciones. Además, el escaso tiempo de aplicación, impidiendo una evaluación post intervención y la falta de continuidad de M en tratamiento psicoterapéutico individual constituyen variables que condicionan el alcance de los cambios observados.

La aplicación de una intervención basada en la Terapia de Resolución de Problemas en un paciente con esquizofrenia permitió observar indicios de mejora en dos dimensiones clave: el reconocimiento de las emociones y las habilidades sociales. Si bien los cambios fueron sutiles, el hecho de que M haya mostrado avances en la identificación emocional, así como en su vínculo con una compañera previamente rechazada, representa un avance significativo dentro de su proceso clínico.

Estos hallazgos respaldan la idea de que la esquizofrenia no implica una imposibilidad absoluta para el cambio, y que las intervenciones cognitivo-conductuales adaptadas a las características del paciente y al contexto pueden generar mejoras funcionales.

Se concluye que las intervenciones psicoeducativas grupales pueden ser una estrategia útil y viable para abordar dificultades emocionales e interpersonales en pacientes con esquizofrenia estabilizada, especialmente cuando se planifican con claridad, se sustentan en modelos teóricos sólidos y se implementan dentro de un dispositivo institucional coherente.

Finalmente, se recomienda continuar con este tipo de intervenciones, incorporar evaluaciones más sistemáticas de los cambios conductuales y emocionales, y considerar la inclusión del trabajo individual para potenciar los resultados obtenidos.

4.3 Respecto a las prácticas profesionales supervisadas

Las prácticas profesionales supervisadas realizadas en el centro de día HIBOU, permitieron explorar el área clínica de la psicología. Además, permitieron un aprendizaje significativo sobre diversas patologías crónicas y complejas, como la esquizofrenia.

La experiencia fue enriquecedora y confortable desde el primer momento. La institución abrió sus puertas y cada integrante -talleristas, psicólogo, director de HIBOU, trabajadora social- brindó un espacio de acogida, colaboración y transmisión de conocimientos. Se participó en reuniones clínicas, salidas vinculadas a los talleres, y se ofreció al practicante la posibilidad de intervenir de manera activa en el transcurso de las actividades. Resultó especialmente relevante la confianza, disposición y apertura brindada por los pacientes que asisten al centro de día.

Esta vivencia, permitió un acercamiento al rol del psicólogo en una institución como HIBOU, posibilitando trabajar habilidades como la iniciativa, la disociación instrumental, la ética profesional y respeto por el secreto profesional. En el abordaje de patologías crónicas y complejas, la observación y la escucha activa se consolidaron como técnicas fundamentales para comprender la dinámica y el desarrollo de los talleres.

Entre las fortalezas más destacadas se encuentran la predisposición y la plasticidad para adaptarse a las dinámicas de cada taller en función de las características de los concurrentes. Asimismo, se resalta la motivación y la generación de un clima de diálogo que fomentó la confianza entre practicante y pacientes condición esencial para llevar adelante los encuentros planificados.

En cuanto a las debilidades, se puede señalar la falta de iniciativa y dificultad en la toma de decisiones para intervenir de forma espontánea, producto de la inseguridad o la incertidumbre respecto de las posibilidades de reacciones de los pacientes. Esta dificultad fue especialmente notoria en la escasa propuesta de ideas hacia los talleristas. No obstante, muchas de estas limitaciones se fueron superando progresivamente, gracias al acompañamiento de los profesionales del centro y al vínculo de confianza establecido con los concurrentes.

La crisis institucional por la que estaba atravesando HIBOU representó una gran dificultad para el desarrollo de las prácticas, debido a los problemas con las obras sociales, responsables de brindar cobertura a los pacientes que asisten al centro. Esta situación generó diversos altibajos y preocupaciones no solo dentro de la institución, sino también entre los concurrentes y sus familiares.

Este contexto institucional influyó significativamente en el desarrollo de las prácticas, lo que impidió analizar en mayor profundidad los cambios logrados por M. Asimismo, limitó la posibilidad de realizar más encuentros o intervenciones.

En conclusión, las prácticas resultaron una fuente valiosa de conocimiento y aprendizaje tanto del rol profesional como en lo personal.

4.4 Propuestas

Ya finalizada las prácticas profesionales supervisadas en el área clínica de la licenciatura en Psicología, surgen las siguientes propuestas:

A la carrera de Licenciatura en Psicología:

- Fomentar la posibilidad de realizar prácticas articuladas con contenido teórico a lo largo del cursado de la carrera, permitiendo así una aproximación temprana y progresiva al rol profesional del psicólogo.
- Incorporar una mirada más integral en las asignaturas de psicopatología, contemplando diversos enfoques dentro del campo de la psicología para enriquecer los abordajes clínicos.

A futuros practicantes:

- Empezar las prácticas profesionales supervisadas con compromiso y responsabilidad, viéndolas como una oportunidad de formación y crecimiento.
- Elegir el área y la temática del Trabajo Integrador Final en función de los intereses personales, para favorecer la motivación y el involucramiento.
- Establecer un vínculo respetuoso y empático con los concurrentes del centro, como también con los coordinadores de los talleres, para nutrirse de sus saberes y experiencias.

- Asistir a la mayor cantidad posible de talleres, con el fin de observar, comprender y familiarizarse con sus dinámicas, así como con el comportamiento de los concurrentes en diferentes contextos.
- Asistir a los estudios de caso, para conocer en profundidad a los pacientes y comprender cómo se trabaja de manera interdisciplinaria entre diferentes profesionales.

A la sociedad en general:

- Promover una mayor concientización sobre los trastornos mentales crónicos y complejos como la esquizofrenia, con el objetivo de derribar prejuicios y mitos asociados a estas condiciones.
- Promover la visibilización del rol fundamental que cumplen los centros de día en la inclusión, el tratamiento y el acompañamiento de personas con problemáticas de salud mental, así como de sus familiares y redes de apoyo.

REFERENCIAS.

- Antoni, M., Zentner, J. (2014). Las cuatro emociones básicas. Alemania: Herder Editorial.
- Aranda Isabel (2010). Las emociones capacitantes nos hacen más competentes. Capital humano, N° 246, pág. 96.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5° ed.).
- Barceló, Martina (2019). Terapia cognitivo conductual en un caso de esquizofrenia.
- Beck Aaron t., Rector Neil A (2005). Enfoques cognitivos de la esquizofrenia: teoría y terapia.
- Caballo, Vicente E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (7° ed.).
- Caballo, Vicente E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos.
- Chóliz Mariano (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional.
- Fernández Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Díaz Martín Dolores, Domínguez Sánchez Francisco Javier (2010). Psicología de la emoción.
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28(1), 9-25.
- González Pérez Rosalía (2017). Abraza tus emociones: miedo, rabia, tristeza y alegría.
- Hernández Lira NA, Ramírez Beltrán B, Díaz Pineda C. Terapia Cognitivo – Conductual y Entrenamiento en Habilidades Sociales para Esquizofrenia.
- Hernández, N. Y Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. México: Libros en Red.

- Keegan E., Garar C.J. (2007). Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Vertex revista argentina de psiquiatría, Vol. XVIII: 423-427.
- Muñoz Molina, F. J., & Ruiz Cala, S. L. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Revista colombiana de psiquiatría, 36(1), 98-110.
- Nezu, A. M., Nezu, C., & D’Zurilla, T. (2014). Terapia de solución de problemas. Editorial Desclée de Brouwer.
- Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás, (4), 151-172.
- Resolución 1328 de 2006 (Ministerio de salud). Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- Tropea, Lucía (2018). Terapia Cognitivo-Conductual a una Paciente Bipolar Institucionalizada en el Hospital Mental Zonda.
- Varela Invernizzi, María Fernanda (2022). Esquizofrenia: Rehabilitación psicosocial. Abordaje Integral. Importancia de la Inclusión de la Familia en el proceso.